

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÂNGELA CRISTINA DA SILVA BORGHI

**AS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DO PACIENTE IDOSO E AS
IMPLICAÇÕES AO CUIDADO DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICO**

CURITIBA

2007

ÂNGELA CRISTINA DA SILVA BORGHI

**AS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DO PACIENTE IDOSO E AS
IMPLICAÇÕES AO CUIDADO DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
Obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, do
Programa de Pós Graduação em Enfermagem, área de
concentração – Prática Profissional de Enfermagem –
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Lenardt

CURITIBA

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Borghi, Ângela Cristina da Silva

As complicações pós-operatórias do paciente idoso e as implicações ao cuidado de enfermagem gerontológico. / Ângela Cristina da Silva Borghi: Orientadora Maria Helena Lenardt. – Curitiba, 2007.

147 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Enfermagem – Universidade Federal do Paraná).

1. Idoso. 2. Enfermagem geriátrica. 3. Complicações pós-operatórias.

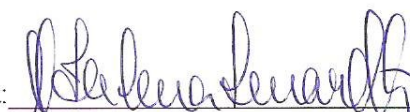
TERMO DE APROVAÇÃO

ÂNGELA CRISTINA DA SILVA BORGHI

AS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DO PACIENTE IDOSO E AS IMPLICAÇÕES AO CUIDADO DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Profa. Dra. Maria Helena Lenardt

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC



Profa. Dra. Denise Siqueira Carvalho

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

DEDICATÓRIA

*Ao meu esposo e companheiro de todas as horas
Francisco, pelo incentivo e carinho incondicional.*

*Aos meus amados filhos **Rodrigo e Isabela**,
pelo apoio, atenção e compreensão.
Amo vocês.*

*Aos meus pais, querida mãe **Dezolina**
(in memoriam) e **João**, por me incentivarem
a perseverar nos objetivos de vida.*

AGRADECIMENTOS

Manifesto aqui meu sincero agradecimento a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

À **Deus**, por iluminar a mim e a todos que convivo.

À professora Dr^a **Maria Helena Lenardt**, por sua orientação carinhosa, incentivo desde o Curso de Graduação em Enfermagem. Você me ensinou a ousar e enfrentar com coragem e otimismo os desafios pessoais e profissionais. Agradeço pela amizade e oportunidade de compartilhar essa experiência.

À professora Dr^a **Denise Siqueira Carvalho** pelas orientações imprescindíveis com a montagem do banco de dados.

Ao meu esposo, **Francisco Borghi** e meus filhos **Rodrigo da Silva Borghi** e **Isabela da Silva Borghi** por entenderem minhas ausências e me ajudarem de todas as maneiras possíveis para a conclusão deste trabalho. Sem a colaboração de todos vocês, o caminho seria mais difícil.

Aos meus irmãos, **Aparecida Bittar**, **João Carlos da Silva** e **Sérgio A. Silva**, por compreenderem as minhas ausências familiares durante o período do mestrado.

Aos meus sogros e grandes amigos **Maria Olga Borghi** e **Waldemar Borghi**, pelo exemplo de vida e dedicação à família e a comunidade em que vivem.

À minha colega de mestrado e amiga de todas as horas **Karina A. Hamerschmidt**, por compartilharmos essa experiência sempre juntas, pelo apoio e auxílio nas dificuldades.

Às bolsistas do **Grupo Multiprofissional de pesquisa sobre Idosos (GMPI)**, pela amizade e presteza em vários momentos, especialmente a **Gláucia Maruo** e **Dâmarys Kohlbeck de Melo Neo** pelo auxílio com a coleta dos dados.

Aos **colegas e professoras do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná**, por oportunizar minha formação profissional. A todos, o meu respeito e admiração.

Aos **funcionários do setor de registros** e aos **membros da equipe de enfermagem do hospital de ensino**, local em que desenvolveu o estudo.

*Se não houver frutos, valeu a beleza das flores.
Se não houver flores, valeu a sombra das folhas.
Se não houver folhas, valeu a intenção da semente.*
Henfil

*O mais importante da vida não é a situação em que estamos,
mas a direção para a qual nos movemos.*
Oliver Wendell Holmes

RESUMO

BORGHI, A.C.S. **As complicações pós-operatórias do paciente idoso e as implicações ao cuidado de enfermagem gerontológico.** 2007. 147 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Lenardt

O objetivo do estudo foi revelar os cuidados gerontológicos de enfermagem ao idoso internado em unidade cirúrgica, diante das complicações cirúrgicas pós-operatórias imediatas e tardias. Foi desenvolvido no serviço de cirurgia geral de um hospital de ensino de Curitiba - Paraná, que realiza cirurgias de médio e alto porte. O estudo foi desenvolvido em duas etapas: a primeira quantitativa com características de um estudo transversal retrospectivo e a segunda qualitativa descritiva. A primeira etapa foi constituída por dados secundários coletados com o auxílio de instrumento fechado, dos registros de 124 prontuários de idosos internados e submetidos a procedimento cirúrgico entre 01 de julho de 2006 a 30 de junho de 2007. Os dados foram codificados para utilização do programa Epi-info versão 6.04, distribuídos em frequências absolutas, relativas e bivariadas e apresentados em gráficos, tabelas e quadros. Os principais achados foram: 84 idosos apresentaram complicações pós-operatórias; evidenciaram-se maiores percentuais de complicações em idosos da faixa etária de 70 a 79 anos; etilistas e tabagistas; naqueles submetidos à cirurgia tipo laparotomia exploratória; classificados como risco cirúrgico ASA III, ASA IV e os não avaliados; submetidos à cirurgia em caráter de emergência e à anestesia geral. As principais complicações cirúrgicas evidenciadas foram as gastrintestinais, de ferida operatória, cardiovasculares e neuropsiquiátricas. Os eventos de maior incidência foram a dor, náuseas e vômitos, dispnéia, edema e anemia. Para o estudo qualitativo descritivo utilizou-se observação participante roteiro de entrevista com questões abertas realizadas com 8 dos membros da equipe de enfermagem, analisadas conforme técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Emergiram do discurso as seguintes idéias centrais: Identificação dos idosos pela idade cronológica; identificação do idoso pela aparência, autonomia e independência; o acompanhante tem relação de ajuda, apoio e segurança para o paciente; espaço físico limitado na unidade; cuidados conforme restrições físicas, incapacidades e dependências; cuidados realizados conforme patologias existentes; cuidado fragmentado, divisão do trabalho por atividades segmentada em sistema de rodízio; cuidado realizado de acordo com a capacidade funcional; carência de recursos materiais e humanos; atenção especial e envolvimento familiar por medo de intercorrências; cuidados com alimentação e orientação aos familiares; anotações sucintas para trabalhos complexos. Os cuidados de enfermagem são realizados indistintamente para adultos e idosos, em pela deficiente formação para os cuidados com o idoso. Nos serviços de saúde os recursos físicos e humanos para realizar atendimento aos idosos, ainda não se encontram adequados para o atendimento conforme preconiza a legislação. Temas como acessibilidade, interdisciplinariedade, intersetorialidade precisam ser discutidos e implementados para desenvolver perspectivas de mudanças futuras. Investimentos na formação humana em geriatria e gerontologia são necessários para que a equipe de enfermagem esteja capacitada para o atendimento ao idoso condizente com as suas necessidades e peculiaridades.

Palavras-chave: idoso, enfermagem geriátrica, complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

BORGHI, A.C.S. The postoperative complications of elderly patients and the implications for the attention of gerontological nursing. 2007. F.147 Dissertation [Master in Nursing] .

Federal University of Parana, Curitiba.

Advisor: Profa. Dr. Maria Helena Lenardt

The aim was to reveal the gerontological nursing care to the elderly admitted to surgical unit, given the post-operative surgical complications immediate and delayed. It was developed in the department of general surgery in a teaching hospital of Curitiba - Parana, which performs surgeries for medium and high port. The study was conducted in two stages: the first with quantitative characteristics of a retrospective cross-sectional study and the second qualitative descriptive. The first stage consisted of secondary data collected with the help of instrument closed, the records of 124 medical records of elderly hospitalized and underwent surgery between 01 from July 2006 to June 30, 2007. Data were coded to use the Epi Info version 6.04, distributed in frequencies absolute, relative and bivariate and presented in graphs, charts and tables. The main findings were: 84 elderly had postoperative complications; showed up higher percentage of complications in the elderly age group of 70 to 79 years; alcoholism and smokers, those undergoing surgery type exploratory laparotomy; classified as surgical risk ASA III, ASA IV and not assessed; underwent surgery in character for rescuing and general anesthesia. The main surgical complications were highlighted as gastric and intestine, wound cardiac and neuropsychiatric. The events were a higher incidence of pain, nausea and vomiting, dyspnea, tumefaction and anemia. For the qualitative study used descriptive up participant observation tour of interviews conducted with open questions with 8 of the members of the nursing staff, considered as technical Speech from the collective subject. Emerged from the speech the following central ideas: Identification of the elderly by chronological age; identification of the elderly by appearance, autonomy and independence, the companion has a relationship of help, support and safety for the patient; limited physical space in the unit; care restrictions as physical, disability and dependency; care performed as existing diseases; carefully fragmented, division of labour for activities targeted at system of rotation; care performed according to the functional capacity, lack of material and human resources, attention and family involvement for fear of complications; care food and guidance to families; annotations outline for complex work. The nursing care are carried out indiscriminately for adults and the elderly, the poor training for care with the elderly. In health services, the physical and human resources to achieve care for the elderly, are not yet adequate to service as advocates legislation. Issues such as accessibility, interdisciplinarity, need to be discussed and implemented to develop prospects for future changes. Investing in human training in geriatrics and gerontology are necessary for the nursing staff that is trained to care for the elderly consistent with their needs and peculiarities.

Keywords: elderly, geriatric nursing, post-operative complications.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Distribuição das medicações utilizadas pelos idosos no período pós-operatório. Curitiba, 2007	73
QUADRO 2	Taxa dos óbitos ocorridos no período pós-operatório por faixa etária, sexo, Caráter da cirurgia, tipo de cirurgia e grau asa.....	76
QUADRO 3	Distribuição das complicações cirúrgicas pós-operatórias do idoso agrupadas por tipo e eventos.....	83

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição das características individuais dos idosos: idade, sexo, raça, situação laboral e estado civil e associação com a incidência de complicações. Curitiba, 2007	56
TABELA 2	Distribuição dos idosos por hábitos de vida: tabagismo, etilismo e drogadição e a ocorrência de complicações. Curitiba, 2007	58
TABELA 3	Distribuição do número de doenças crônicas adquiridas. Curitiba, 2007	60
TABELA 4	Distribuição dos idosos quanto às doenças crônicas e existência de Complicações. Curitiba, 2007	63
TABELA 5	Distribuição dos registros de exames laboratoriais pré-operatórios por paciente. Curitiba, 2007	64
TABELA 6	Distribuição dos idosos referente ao tipo de cirurgia realizada. Curitiba, 2007...	66
TABELA 7	Distribuição dos idosos conforme as características da cirurgia: grau asa, duração, tipo de anestesia e as complicações gerais. Curitiba, 2007.....	69
TABELA 8	Associação entre tempo de internação e a incidência de complicações. Curitiba, 2007	75

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição dos idosos quanto ao número de doenças crônicas associadas. Curitiba, 2007	62
GRÁFICO 2	Distribuição do caráter de realização da cirurgia e incidência de complicações. Curitiba, 2007	67
GRÁFICO 3	Associação entre o grau asa e a incidência de complicações no período pós-Operatório. Curitiba, 2007.....	71
GRÁFICO 4	Associação entre a incidência de complicações gastrintestinais, de ferida operatória, neuropsiquiátricas e respiratórias por faixa etária. Curitiba, 2007.....	79
GRÁFICO 5	Associação entre a incidência de complicações gastrintestinais, de ferida operatória, neuropsiquiátricas e presença de doença crônica. Curitiba, 2007.....	79
GRÁFICO 6	Distribuição dos tipos de complicações pós-operatórias e porcentagem de Ocorrência. Curitiba, 2007	82

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3.1	PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	20
3.2	ENVELHECIMENTO E ADOECIMENTO	24
3.3	IDOSO E O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	28
3.4	COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS NO IDOSO	33
3.5	CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM	38
4	MATERIAIS E MÉTODO	44
4.1	TIPO DO ESTUDO	44
4.2	ESPAÇO AMOSTRAL	45
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	46
4.4	PERÍODO AMOSTRAL E COLETA DE DADOS.....	47
4.5	ANÁLISE DOS DADOS / INFORMAÇÕES.....	48
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	50
5	ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	52
5.1	CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO DA UNIDADE CIRÚRGICA	53
5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS REGISTROS DOS IDOSOS DA PESQUISA QUANTITATIVA.....	55
5.2.1	Caracterização dos registros dos idosos e as relações com as complicações cirúrgicas	55
5.2.2	Características dos registros da cirurgia e dos fatores de risco associados às complicações e óbitos.....	65
5.2.3	Características dos registros das complicações cirúrgicas dos idosos no período pós-operatório	81
5.2.3.1	Complicações gastrointestinais do idoso no período pós-operatório	84
5.2.3.2	Complicações da ferida operatória do idoso no período pós-operatório	86
5.2.3.3	Complicações cardiovasculares do idoso no período pós-operatório.....	88
5.2.3.4	Complicações neuropsiquiátricas do idoso no período pós-operatório	88
5.2.3.5	Complicações respiratórias do idoso no período pós-operatório.....	89

5.2.3.6	Alterações de sinais vitais do idoso no período pós-operatório	91
5.2.3.7	Complicações hematológicas do idoso no período pós-operatório	93
5.2.3.8	Complicações urológicas do idoso no período pós-operatório.....	94
5.2.3.9	Complicações de restrição de mobilidade do idoso no período pós-operatório	95
5.2.3.10	Complicações tegumentares do idoso no período pós-operatório	96
5.2.3.11	Complicações com o acesso venoso do idoso no período pós-operatório.....	97
5.3	SÍNTESE DAS ANÁLISES DOS DADOS DA PESQUISA QUANTITATIVA RETROSPECTIVA TRANSVERSAL	97
5.4	INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	99
5.4.1	Características de identificação da equipe de enfermagem.....	99
5.4.2	Caracterização dos discursos da equipe de enfermagem.....	99
5.5	SÍNTESE DAS INTERPRETAÇÕES DA PESQUISA QUALITATIVA – DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO.....	126
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
	REFERÊNCIAS	132
	APÊNDICES	141
	ANEXOS	145

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento vem merecendo atenção especial dos profissionais que observam o aumento paulatino da população idosa que frequenta os serviços de saúde. Em face disso, há necessidade preeminente de se estruturar conhecimentos e recursos específicos às pessoas que envelhecem. A abordagem apropriada a esta população está em curso em muitos serviços, entretanto em alguns deles a inadequação é fundamentalmente motivada pelo despreparo dos profissionais em evidenciar as especificidades dos idosos.

O preparo para atenção ao idoso inicia-se pelas concepções adotadas e para tanto é preciso reconhecer que o envelhecimento é construído cotidianamente pelos indivíduos, já a partir da infância, numa perspectiva de curso de vida. A influência das experiências da vida como os hábitos e modos de enfrentamento das dificuldades constituem-se em determinantes significativos nas maneiras de se envelhecer, aos quais acrescentam-se os fatores genéticos, sociais e ambientais que contribuem para definir as condições de saúde que o indivíduo vivenciará na velhice.

Atualmente buscam-se modificar os conceitos repletos de mitos e preconceitos sobre o envelhecimento, principalmente aqueles que remetem às perdas. É possível envelhecer com saúde e permanecer participando das atividades sociais e familiares de maneira intensa e prazerosa.

No Brasil, já é grande o número de pessoas com 65 anos ou mais, e o aumento está em ascensão nos indivíduos com idade igual ou acima de 80 anos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) informam que em 2000 os maiores de 65 anos representavam 5% da população brasileira, estimativas prevêem que em 2050 esse grupo representará 18% da população, se igualando ao grupo de brasileiros com 0 a 14 anos. Já a população com 80 anos ou mais, em 2000 somava 1,8 milhão de pessoas, para uma estimativa de 13,7 milhões em 2050.

A Política Nacional do Idoso (lei n.8842 de 04/01/1994) e o Estatuto do Idoso (lei n. 10741 de 01/10/2003) consideram a pessoa idosa com idade de 60 anos ou mais para os países em desenvolvimento e 65 anos ou mais para os países desenvolvidos (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003).. Diante da relevância desta informação, destaca-se que neste estudo foi considerado idoso o indivíduo com idade igual a 65 anos ou mais, por ser tendência de escolha de grupos de pesquisa nacionais com o objetivo de viabilizar comparações às pesquisas realizadas em países desenvolvidos.

Algumas características fazem parte do perfil da população que hoje se encontra idosa. A principal se relaciona à presença de doenças consideradas crônicas e que propiciam o aumento no tempo de permanência do idoso nas internações hospitalares, ocasionando a necessidade de ampliação do número de vagas em instituições hospitalares a serem ocupadas por pessoas acima de 65 anos, fato que se verifica na realidade brasileira.

As alterações decorrentes do processo de envelhecimento e as associadas aos processos patológicos crônicos e eventualmente afecções agudas contribuem para o aumento das internações e de procedimentos cirúrgicos em indivíduos dessa faixa etária de maneira cada vez mais freqüente (CARVALHO FILHO; BETITO, 2005).

O indivíduo que se submete à intervenção cirúrgica fica exposto às complicações decorrentes, em virtude do processo de envelhecimento e das diversas mudanças fisiológicas em seu organismo. De acordo com Walsh (1996) e Mendes (1993), as pessoas com idade de 65 anos ou mais apresentam risco de necessitarem de um procedimento cirúrgico geral, três vezes maior do que a população jovem, especialmente em situações de emergência. Estima-se que atualmente, cerca de 40% das admissões de pacientes idosos em hospitais gerais estejam relacionadas à terapêutica cirúrgica e que apesar dos progressos advindos com sofisticadas técnicas cirúrgicas e anestésicas ainda se fazem altos os índices de morbidade e mortalidade principalmente atribuídos à redução da capacidade funcional e da presença associada de doenças.

Durante a internação hospitalar o idoso submetido a intervenção cirúrgica perpassa por situações estressantes fisiológicas e psicológicas, necessitando de atenção de profissionais qualificados para assisti-lo e incentivá-lo ao enfrentamento positivo da situação vivenciada. No entanto, a pessoa idosa, muitas vezes se mostra em condições de maior vulnerabilidade ao estresse provocado pelo evento cirúrgico, em razão das doenças associadas e déficits fisiológicos, podendo gerar conseqüências indesejáveis diante da cirurgia.

Referindo-se às complicações no período pós-operatório, Speranzini e Deutsch (2005, p. 659) salienta:

existem poucas restrições a indicação de cirurgia alicerçadas apenas na idade, mas a tolerância e a demora do diagnóstico, podem desencadear eventos como sangramento, deiscência de anastomose ou infecção intracavitária, comprometendo órgãos vitais e com risco de causar óbito ao doente. As principais complicações observadas no pós-operatório (pulmonares, cardiovasculares, infecciosas) são devidas à nítida prevalência de afecções pulmonares e cardíacas associadas à enfermidade cirúrgica, sendo o óbito resultante, freqüentemente da junção destas levando à insuficiência de múltiplos órgãos.

O pós-operatório é o período de maior risco de complicações, algumas das quais apresentam maior probabilidade de acontecer logo após a cirurgia. Porquanto, a recuperação segura fica facilitada com avaliações freqüentes e focalizadas no paciente e nos equipamentos de monitorização. A atenção deve ser redobrada para prevenir complicações como oclusão das vias aéreas, hemorragia, choque e embolia pulmonar, hipoxemia, íleo paralítico, retenção urinária, infecção da ferida, deiscência e evisceração (TIMBY, 2001).

As principais complicações empiricamente observadas no pós-operatório do idoso são as pulmonares, cardiovasculares e infecciosas, sendo o óbito resultante freqüentemente da conjunção destas, levando à insuficiência de múltiplos órgãos. As complicações citadas se acrescentam as comentadas por Petroianu e Pimenta (1998): a deiscência de ferida operatória, atelectasia e pneumonia, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, queda da função renal e hipotermia.

Para Küster Filho *et al.* (2002), em estudo realizado no serviço de cirurgia geral na cidade de Curitiba-Paraná, evidenciou seis principais complicações pós-operatórias no idoso: a broncopneumonia, sepse, Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), pneumonia, insuficiência cardíaca congestiva e choque cardiogênico.

As dificuldades de reabilitação no idoso podem se encontrar exacerbadas proporcionalmente a sua fragilidade e acarretar maior período de permanência hospitalar, desencadear outros agravos ou determinar seqüelas maiores, até mesmo o óbito. Com esse entendimento Freitas (1995) afirma que o período pós-operatório pode ser caracterizado como de grande risco para os idosos, principalmente quando a resposta ao trauma cirúrgico desencadeia alterações que aumentam a morbidade e a mortalidade. Estima-se que os indivíduos do grupo etário acima de 60 anos apresentam maior mortalidade pós-operatória, atingindo um total de 30% de todos os pacientes cirúrgicos.

Segundo o *Medical Dictionary* (2004), complicações operatórias são eventos que se desenvolvem após um procedimento, tratamento ou doença. Elas estão ligadas direta ou indiretamente aos procedimentos (risco de procedimentos), tratamentos (efeitos colaterais ou toxicidade) ou doenças. Neste estudo como complicações cirúrgicas foram considerados os eventos ocorridos com o idoso no período pós-cirúrgico, que efetivamente implicaram em dificultar a resolução dos impactos gerados pelo procedimento acarretando, aumento de dias de internação, novos procedimentos e cuidados, prescrição de medicamentos ou ainda o óbito. Foram levados em conta os eventos ocorridos nos sistemas respiratório, cardiovascular,

gastrintestinal, urológico, tegumentar, hematológico, na ferida operatória, alterações dos sinais vitais, acesso venoso prejudicado e restrições de locomoção ou mobilidade física.

As complicações são extremamente mal toleradas pelo idoso, o que torna importante a avaliação da condição geral e da capacidade funcional dos diversos sistemas orgânicos para que os fatores de risco sejam identificados e controlados (CARVALHO FILHO, 2005, p. 633).

A tolerância das pessoas idosas ao estresse cirúrgico com frequência é menor, consequentemente suas necessidades perioperatórias diferem daquelas das crianças maiores, adolescentes e adultos. As alterações fisiológicas características do envelhecimento e a presença de doenças crônicas como as do sistema cardiovascular, pulmonar, músculo-esquelético, gastrointestinal, hepático e renal podem afetar o prognóstico cirúrgico (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

A diminuição de reserva funcional associada à idade conforme Medeiros (1998), faz com que haja maior risco de mortalidade, morbidez e complicações pós-operatórias. O procedimento cirúrgico é entendido como o tratamento de doença, lesão ou deformidade externa e/ou interna com o objetivo de reparar, corrigir ou aliviar um problema físico por meio de intervenção cirúrgica. Por conta dos agravos e riscos do procedimento, o idoso necessita de cuidados durante todo o processo, desde a fase inicial até a resolução ou desfecho. Neste sentido, a enfermagem, pode exercer papel fundamental no cuidado ao paciente idoso cirúrgico.

Para Kawamoto, Horton e Fishman (1999), o paciente cirúrgico é todo aquele doente cujo principal tratamento é a cirurgia, cabendo a enfermagem lhe proporcionar assistência nas três fases cirúrgicas, sendo elas pré-operatória, transoperatória e pós-operatória. Os cuidados devem ter como foco principal a precaução de eventos que possam desencadear complicações, principalmente aquelas com possibilidades de serem evitadas com medidas preventivas.

Os agravos detectados neste estudo contemplaram o período pós-operatório imediato e tardio em que o idoso se encontrava hospitalizado a fim de se restabelecer do evento cirúrgico. Segundo Peniche (1995) e Timby (2001), o período pós-operatório imediato caracteriza-se pelo momento da alta do paciente da sala de recuperação anestésica até as primeiras 48 horas pós-operatórias e após esse período até a alta médica do paciente designa-se pós-operatório tardio.

Frente às possibilidades de complicações pós-operatórias no idoso entende-se que os cuidados de enfermagem a serem desenvolvidos são peculiares, demandam conhecimento e

diferenciação. Para cuidar destes idosos segundo LENARDT *et al.* (2006, p.118), os profissionais de enfermagem precisam:

estar presentes como pessoas capazes de saber e fazer o cuidado específico do idoso. Do contrário, a capacidade para compreender, responder e se relacionar torna-se limitada. A falta de diálogo e compreensão tem pautado o cotidiano profissional, muitas vezes se cuida de idosos com os mesmos conceitos de cuidados que se empregam para os adultos ou, pior, para as crianças.

Para Leite (2002), são poucos os enfermeiros que realizam procedimentos diferenciados para com o paciente idoso. As informações fornecidas sobre o período são imprescindíveis, sobretudo para o paciente idoso, para quem a cirurgia está cercada de mitos reais e irreais que precisam ser bem explorados e trabalhados. Reafirmando esta necessidade, e outras mais a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006) determina a capacitação dos profissionais para a realização do cuidado gerontológico, em razão das deficiências e distâncias do cuidado ideal.

O cuidado gerontológico de enfermagem alicerçado nos frutos das práticas investigativas conduz ao cuidado sustentável, que se entende como o cuidado preventivo que tem como meta evitar o surgimento de complicações cirúrgicas e minimizar as consequências e riscos da intervenção no idoso. A prática do cuidado gerontológico destaca-se de acordo com Hammerschmidt, Borghi e Lenardt (2007), como sendo um processo fundamentado na interpretação dos diagnósticos situacionais com ênfase na relevância e função da equipe e nos fundamentos da gerontologia. As ações de cuidado gerontológico devem ser pautadas na ética e estética incluindo a participação efetiva do idoso, valorizando as experiências e incentivando o profissional a buscar a visão da responsabilização, criando condições para a existência e melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas.

Diante destas considerações tem-se a seguinte questão norteadora para o estudo: “quais os cuidados gerontológicos de enfermagem desenvolvidos frente às complicações cirúrgicas pós-operatórias imediatas e tardias?”.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Revelar os cuidados gerontológicos de enfermagem ao idoso internado em unidade cirúrgica, diante das complicações pós-operatórias imediatas e tardias.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características do contexto da unidade de clínica cirúrgica.
- Conhecer as particularidades clínicas do idoso internado submetido à cirurgia.
- Identificar as complicações clínicas do paciente idoso no período pós-operatório imediato e tardio.
- Descrever os cuidados realizados pela equipe de enfermagem ao paciente idoso diante das complicações pós-operatórias.

3 REVISÃO DA LITERATURA

As consultas realizadas para construção do referencial bibliográfico possibilitaram o entendimento e aprofundamento dos temas a serem abordados neste estudo, dentre eles, processo de envelhecimento, envelhecimento e adoecimento, idoso e o procedimento cirúrgico, complicações cirúrgicas no idoso, e as referentes ao cuidado gerontológico de enfermagem.

Foram utilizados como fonte para construção do referencial teórico a literatura disponível impressa e o acervo da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e as bases de dados em saúde, LILACS (Literatura-Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online). Foram utilizados como descritores **complicações perioperatórias** e **idoso**. Os resultados obtidos com a busca na base LILACS foram 686 com o descritor **complicações perioperatórias** e ao se inserir o descritor **idoso** foram obtidas 24 publicações. Na base MEDLINE obteve-se 9663 resultados com o descritor **complicações perioperatórias** e ao associar **idoso** 5050 resultados. Devido ao grande número de publicações obtidas na base MEDLINE optou-se em pesquisar os últimos 5 anos, ou seja de 2003 a 2007 que forneceu 2141 publicações para pesquisa. A data de acesso foi em 25 de outubro de 2007.

Apesar das facilidades advindas com as pesquisas *on line* e o acesso às bases de dados indexadas, não se torna possível agrupar toda a literatura referente ao tema apenas com algumas palavras chave ou descritores de busca. Portanto, complementou-se a composição do referencial com a consulta a bancos de teses e dissertações de bibliotecas virtuais que proporcionaram material de qualidade para a pesquisa. Pode-se observar que as publicações referentes especificamente ao tema idosos/complicações/cirurgia apresentaram aumento nos últimos 5 anos, fato que pode ser justificado pelo crescimento progressivo da população idosa, das hospitalizações e cirurgias em pessoas acima dos 65 anos.

Aborda-se a seguir os achados na literatura pertinentes ao tema do estudo.

3.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Envelhecer faz parte da vida humana e também de todos os seres vivos. Dados epidemiológicos freqüentemente informam que o mundo está envelhecendo de maneira acelerada e que muitos indivíduos têm conseguido atingir idade avançada. Estudos vêm sendo desenvolvidos com o propósito de elucidar os processos biológicos que ocasionam o envelhecimento dos indivíduos, tanto quanto o papel social do idoso na sociedade atual.

O acentuado processo de envelhecimento populacional é resultado da associação de alguns fatores: diminuição da mortalidade (mortalidade infantil, mortalidade entre adultos e mais recentemente, a mortalidade entre os idosos); diminuição da fecundidade e aumento da expectativa de vida (DUARTE, 2005).

Esses eventos tiveram início no final da década de 60, quando ocorreu um rápido e generalizado declínio da taxa de fecundidade no Brasil, passando a fecundidade total de 5,8, em 1970, para algo em torno de 2,3 filhos, por mulher, em 2000 (TOBIAS; LEMOS, 2005, p. 564).

Na tentativa de encontrar resposta aos fenômenos que cercam o processo de envelhecimento, foram desenvolvidas teorias que buscam responder aos mistérios em torno do tema. Essas delimitam campos distintos: o biológico e o social. Essas teorias são consideradas recentes e começaram a ser investigadas com maior propriedade a partir de meados do século XX. Após a segunda guerra mundial, esforços foram realizados para gerar teorias que explicassem o processo de envelhecimento, no entanto, cada área focando em seus objetos sem compor interação entre as mesmas. Assim, a Biologia desenvolveu teorias biológicas sobre o envelhecimento e as Ciências Humanas e Sociais aperfeiçoaram teorias psicológicas e sociais.

O processo de envelhecimento biológico, é representado por teorias oriundas de trabalhos experimentais, porém a causa efetiva que desencadeia o envelhecimento humano é ainda obscura. Duas linhas de hipóteses podem sintetizar os trabalhos experimentais: a hipótese “aleatória”, que entende o processo de envelhecimento resultante das contingências de viver, desgaste progressivo, acúmulo de produtos gastos, entre outros; e a hipótese fundamentalista, que entende o envelhecimento como geneticamente programado por mecanismos biológicos localizados nas células, nos tecidos e coadjuvantes no envelhecimento em outros tecidos, incluindo a região central do cérebro.

Pela lógica da seleção natural, envelhecemos após o período reprodutivo, garantindo com isso a perpetuação da espécie. Torna-se evidentemente que esta teoria, nem qualquer outra pode ser aceita como a verdadeira e a única razão para se elucidar o envelhecimento.

Envelhecemos porque as células envelhecem; com elas os tecidos e conseqüentemente mau funcionamento dos órgãos. O envelhecimento é considerado um processo inexorável e comum a todos os seres vivos. Algumas teorias enfatizam que mesmo que todas as causas de morte fossem retiradas, a expectativa de vida continuaria fixa (GUIMARÃES, 2006, p 174).

As teorias biológicas do envelhecimento examinam o assunto sob a ótica da degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e células. De forma geral, podem ser classificadas em duas categorias: as de natureza *genético- desenvolvimentista* e as de natureza *estocástica*. As primeiras entendem o envelhecimento no contexto de um *continuum* controlado geneticamente, enquanto as últimas trabalham com a hipótese de que o processo advém do acúmulo de agressões ambientais (FARINATTI, 2002, p. 129). O que se evidencia é que as teorias propostas não comportam todas as respostas deixando lacunas a serem investigadas. Entendendo-se o processo de envelhecimento como multifatorial não se fazem suficientes respostas que abordem o tema apenas sob o ponto de vista biológico.

A entrada na velhice depende de vários aspectos que ultrapassam os limites da idade cronológica. Acredita-se que cada indivíduo reage de maneira única ao passar dos anos, construindo paulatinamente a sua velhice a cada dia vivido, para o que concorrem variáveis biológicas e sociais, que exercem funções determinantes aos processos individuais de envelhecimento.

As teorias sociais do envelhecimento encontram-se divididas em três gerações distintas de conceituações, apresentadas conforme Caldas (2006, p 28):

- As teorias da primeira geração: de 1949 a 1969 que se baseavam em fatores micro, Nível de análise : microssocial, foco no indivíduo; enfoque em fatores como papéis sociais e normas de conduta para justificar como acontece o ajustamento de um indivíduo ao inexorável declínio associado ao envelhecimento; propunha-se que fossem modelos de aplicação universal, não dependentes de contexto social.
- As teorias da segunda geração, de 1970 a 1985: nível de análise : macrossocial. As pessoas envelhecem de acordo com a maneira que a sociedade se organiza, com a agenda política e com o posicionamento dos indivíduos na hierarquia social . A unidade de análise das teorias desta geração é a circunstância estrutural, não os atributos do indivíduo. Considera-se que as pessoas envelhecem de acordo com a maneira que a sociedade se organiza, com a agenda política e com o posicionamento dos indivíduos na hierarquia social.
- As teorias da terceira geração: buscam uma posição intermediária. Os atores são vistos como contribuintes ativos para os seus próprios mundos. A perspectiva é fazer a síntese das duas gerações anteriores. A terceira geração incorpora a preocupação estruturalista com a distribuição dos recursos, com

aspectos econômicos, e com os rumos da economia; mas também reconhece que os atores criam significado e até a estrutura tem nuances distintas, de acordo com o modo como é vista pelos atores. Talvez a transição mais importante tenha sido o reconhecimento de que o envelhecimento é um processo baseado em experiências, não ocorre isoladamente, e é altamente influenciado pelas condições do entorno. Exemplos de teorias sociológicas da terceira geração: Teoria do Contrucionismo Social; Teoria Crítica; Perspectiva do Curso de vida.

A crença de que a velhice está associada invariavelmente com a profunda debilidade intelectual e física é um mito. A maioria das pessoas retém suas capacidades cognitivas e físicas em um grau notável até atingirem idades avançadas. Existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade.

Até 2025, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. Entre 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O crescimento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país e precisa ser acompanhado da melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida. Acredita-se que a saúde deva ser vista a partir de uma perspectiva ampla, resultado de um trabalho intersetorial e transdisciplinar de promoção de modos de vida saudável em todas as idades. Cabe aos profissionais da saúde liderarem os desafios do envelhecimento saudável para que os idosos sejam um recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para o país, como afirmado na Declaração da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, em Brasília, em 1996 (WHO, 2005).

Atualmente o foco de discussão em torno dessa temática tem sido o envelhecimento ativo e saudável, para que o idoso possa chegar a idades mais avançadas com grau de independência e autonomia cada vez maiores. Atuar na prevenção das doenças, no incentivo à mudança de hábitos de vida e na promoção da saúde pode ser uma das alternativas viáveis rumo ao envelhecimento ativo e saudável.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90 e procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (KALACHE e KICKBUSCH, 1997).

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade,

assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. Assim, o planejamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa a ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apóia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade (WHO, 2005).

No meio científico, vários trabalhos sobre o envelhecer vêm sendo divulgados, principalmente devido ao crescente conhecimento na Gerontologia. Já a área da saúde tem investigado as morbidades mais freqüentes entre os idosos, associadas muitas vezes ao processo de envelhecimento. O envelhecimento da população implica uma série de alterações físico-biológico-sociais, possibilitando aumentar o grau de doenças, acarretando mais gastos para o Sistema de Saúde. Outro aspecto a ser considerado é que têm-se elevado o número de aposentadorias, onerando a Previdência Social Brasileira, considerando que, cada vez mais, a população ativa tem saído do mercado de trabalho (SILVEIRA; RODRIGUES; COSTA JR., 2002).

Pesquisas de caráter biofisiológico puderam estabelecer que, com o avançar dos anos, vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais que, embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento (PAPALÉO NETTO; PONTE, 1996).

Segundo definição da Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1993), envelhecimento pode ser compreendido como “um processo seqüencial, individual, cumulativo, não patológico, universal, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, que torna, com o passar do tempo, o organismo menos capaz de fazer frente ao estresse do meio aumentando sua possibilidade de morte”.

O envelhecimento é uma etapa natural e inevitável do ciclo de vida de todos os seres vivos. O passar dos anos exerce o seu papel no processo de envelhecimento, no entanto características ambientais, sociais e genéticas exercem influência direta sobre a maneira como ele acontece para cada indivíduo, portanto a idade cronológica não pode ser o único indicador de envelhecimento e nem o mais confiável.

A velhice não pode ser definida pela simples cronologia e sim pelas condições físicas, funcionais, psicológicas e sociais das pessoas idosas. Cada indivíduo tem o seu envelhecimento particular e singular. O processo de envelhecimento é mais uma etapa da vida, com característica e realidade próprias, diferenciada das etapas de vida anteriores, com limitações,

mas também com potencialidades únicas e distintas: serenidade, experiência, maturidade e perspectiva de vida pessoal e social e de sabedoria. Portanto, a velhice hoje é considerada uma fase do desenvolvimento humano e não mais um período exclusivamente de perdas (FERRARI, 1999).

O envelhecimento é assunto complexo e exige a atuação de profissionais qualificados e capacitados, fundamentados em práticas de promoção da saúde. Pessoas amadoras ou que tenham focos apenas assistencialistas, sem conhecimento formal adequado não são suficientemente capacitadas para responder as demandas que o assunto exige.

3.2 ENVELHECIMENTO E ADOECIMENTO

A velhice é uma etapa da vida em que a susceptibilidade ao aparecimento de doenças se faz presente, e as condições sociais e ambientais, aspectos genéticos, o estilo de vida e as maneiras de enfrentamentos que o indivíduo desenvolveu, optou ou pode ter acesso, são fatores que podem influenciar diretamente na maneira do seu envelhecer. Em relação ao envelhecimento e às patologias, cabe salientar as idéias de Papaléo Netto (1996, p.1):

O envelhecimento, por sua vez, é aquele período da vida que sucede a fase de maturidade e é caracterizado por declínio das funções orgânicas e, em decorrência, acarreta maior susceptibilidade à eclosão de doenças, que terminam por levar o idoso à morte. Essa diminuição da capacidade funcional é caracteristicamente linear em função do tempo. Por outro lado, não é possível evidenciar um ponto de transição com a fase precedente, dada a inexistência de um marcador biofisiológico eficaz e confiável do fenômeno.

A responsabilidade pelo aparecimento de patologias, não apenas na velhice como também em outras etapas da vida, não depende exclusivamente de atitudes positivas ou prejudiciais assumidas na infância e na idade adulta, sabe-se que são diretamente influenciadas pelo meio ambiente e condições sociais em que o indivíduo se encontra. No entanto, sabe-se que muitos hábitos inadequados de vida podem propiciar o aparecimento de doenças com o passar dos anos. O tabagismo, etilismo, drogadição e consumo inapropriado (excessivo ou deficiente) dos alimentos são fatores reconhecidamente aceitos por indivíduos comuns e pela comunidade acadêmica como responsáveis pelo aparecimento de várias das doenças da sociedade moderna. Além desses, também sofre a influência da violência urbana, do estresse nas relações de trabalho e ainda das relações familiares e sociais. Os profissionais de saúde, incluindo os de enfermagem devem desenvolver habilidades para estimularem as pessoas a

cuidarem de si desde tenra idade, e conseqüentemente, evoluírem para o envelhecimento saudável.

A formação dos profissionais de saúde deve ser direcionada aos aspectos que envolvam o envelhecimento a fim de instrumentalizá-los para enfrentar os desafios de elaborar programas que auxiliem as pessoas a romperem com os mitos e preconceitos que cercam o envelhecimento.

As características fisiológicas alteradas com a idade, em termos de hora de sono, atividade física, ciclo hormonal, metabolismo, função cerebral, função cardíaca, capacidade pulmonar, fadiga, depressão, delírio pós-operatório, reação metabólica, etc., são apenas alguns aspectos de destaque que poderiam ser considerados para o desenvolvimento de programas e protocolos para esses pacientes (SANTOS JR., 2003).

Conforme Souza e Iglesias (2002) abordando as alterações fisiológicas pulmonares no idoso, relatam que ocorre encurtamento torácico com aumento do diâmetro antero-posterior com sobrecarga da função diafragmática, espessamento das camadas íntima e média das artérias pulmonares de maior calibre, levando ao aumento da resistência vascular pulmonar, diminuição da resposta cardiovascular à hipóxia e hipercapnia e da eficiência da mucosa ciliar, assim como do número de cílios nas vias aéreas, acarretando menor resposta aos estímulos dessas vias.

De acordo com Olivetti *et al.* (1991), as alterações que o processo de envelhecimento causam às funções cardíacas, afetam a contração do miocárdio, por unidade de tempo, fica mais lenta e o poder contrátil diminui, embora a força de contração seja mantida. Nessas condições, o coração do idoso é menos sensível à estimulação β -adrenérgica, o que limita o número máximo de batidas que pode ser alcançado.

Com o processo de envelhecimento biológico a função renal também é afetada e ocorre perda gradativa do parênquima e declínio da função dos rins com a esclerose glomerular e, conseqüente, redução da taxa de filtração. Em decorrência destas alterações, o paciente torna-se mais suscetível à insuficiência renal aguda (SOUZA FILHO, 2000).

As funções renal e urinária modificam-se com a idade. A taxa de filtração glomerular diminui com a idade, começando entre 35 e 40 anos. Um declínio anual de cerca de 1ml/min continua depois disso. A função tubular, incluindo a reabsorção e capacidade de concentração, também se mostra reduzida com o avançar da idade. Embora a função renal comumente permaneça adequada apesar dessas alterações, a reserva renal é diminuída e pode reduzir a capacidade dos rins de responder efetivamente às alterações fisiológicas drásticas ou súbitas. As anormalidades estruturais ou funcionais que acontecem com o envelhecimento podem

evitar o esvaziamento completo da bexiga devido ao colágeno aumentado na parede vesical ou, secundariamente, ao aumento da próstata. Os tecidos vaginal e uretral sofrem atrofia e tornam-se mais delgados nas mulheres idosas devido aos níveis diminuídos de estrogênio. Além disso, um aporte sanguíneo diminuído para os tecidos urogenitais pode provocar irritação uretral e vaginal (SMELTZER; BARE, 2002).

As alterações renais associadas a alterações hormonais acabam por alterar também mecanismos subjetivos que poderiam auxiliar na avaliação do equilíbrio em relação ao metabolismo da água e dos eletrólitos, que seria a sede. Porém, o mecanismo da sede se encontra alterado e essa sensação não reflete a privação real de água, muito menos a alteração da osmolaridade plasmática. Além disso, quando há sede e hiperosmolaridade plasmática, e se faz a pronta reposição de volume, seja por ingestão via oral ou por infusão parenteral, a normalização da osmolaridade é demorada (várias horas), ao contrário do que ocorre no jovem em que o acerto é feito na primeira hora (SANTOS JR, 2003).

O aparelho geniturinário também sofre modificações e em homens acima de cinquenta anos a hiperplasia prostática benigna é comum. A próstata aumenta, estendendo-se para cima, para dentro da bexiga e obstruindo o fluxo da urina por sobrepor-se ao orifício vesical. Esta é a condição patológica mais comum nos homens idosos e a segunda causa mais comum de intervenção cirúrgica em homens com mais de 60 anos de idade (SMELTZER; BARE, 2002).

Pode-se afirmar que o doente deste grupo tem uma redução global no funcionamento de seus órgãos e sistemas e as mais evidentes são as relacionadas às funções pulmonar, cardíaca e renal. As condições nutricionais estão, em geral, comprometidas não só pela redução quantitativa e qualitativa da ingestão, por motivos econômicos, psicológicos e somáticos (isolamento afetivo, falta de dentes, digestão e absorção prejudicadas), como também decorrentes da própria enfermidade. Com isso, dá-se a perda progressiva da massa e da força muscular prejudicando, entre outras funções, a ventilação pulmonar, que se vê agravada ainda mais pela complacência pulmonar e pela maior rigidez das articulações costais. Apesar da redução significativa da capacidade respiratória, esta fica bem aquém dos limites considerados impeditivos para o ato cirúrgico, como os observados em pneumopatas graves. A atrofia atinge também a musculatura da parede das vísceras abdominais e torna mais fácil a perfuração dos quadros abdominais agudos (SPERANZINI; DEUTSCH, 2005).

A frequência e a gravidade das infecções estão aumentadas nas pessoas idosas, possivelmente a partir de uma capacidade diminuída de responder adequadamente aos agentes agressores. Em relação à suscetibilidade e à infecção Smeltzer e Bare (2002) afirmam que os idosos possuem redução nas imunidades celular e humoral, perda da reserva fisiológica.

Pneumonia, infecções do trato urinário, tuberculose, infecções gastrintestinais e infecções cutâneas são algumas das infecções de ocorrência comum em idosos. Além disso, a exposição ao tabaco e às toxinas ambientais comprometem a função pulmonar, diminuindo a elasticidade do tecido pulmonar, a eficácia dos cílios e a capacidade efetiva da tosse. Esses comprometimentos dificultam a retirada dos microorganismos infecciosos e toxinas e aumentam a suscetibilidade da pessoa idosa às infecções pulmonares e ao câncer.

O aparelho digestivo do idoso evolui para alterações fisiológicas próprias da idade, expressas nos distúrbios motores funcionais, na função secretória e absorptiva que se estendem para as glândulas anexas, principalmente para o fígado. O esôfago e o intestino grosso, são os segmentos mais afetados. Naquele as alterações funcionais da peristalse e do esfíncter inferior dificultam a deglutição coordenada e provocam sintomas, tais quais os da acalasia e da doença do refluxo gastroesofágico; neste, os sintomas predominantes são os da constipação e do aparecimento de divertículos, aos quais se associam várias complicações. O esvaziamento gástrico e a progressão do conteúdo cólico são lentos no idoso. O fígado sofre diminuição de sua massa por diminuição do número de hepatócitos, mas em comparação com outros órgãos sólidos essa glândula sofre menos e mantém quase intacta a sua reserva funcional (SANTOS JR., 2003).

O idoso apresenta características como menor capacidade para reabsorver e secretar eletrólitos, menor capacidade de eliminar ácidos na urina, menor depuração de drogas, menor capacidade de concentração e diluição da urina (PETROIANU; PIMENTA, 1998).

Sabendo-se destas alterações decorrentes do processo de envelhecimento faz-se necessário estar atento a quaisquer sinais e sintomas que possam uma alterações patológicas das biologicamente naturais. O enfermeiro ao distinguir essas características pode atuar preventivamente, orientando os idosos quanto ao risco de aparecimento de alterações para que regularmente freqüentem a unidade de saúde para realização de exames preventivos.

Com o envelhecimento, a pele torna-se mais delgada e menos elástica. A neuropatia periférica e a concomitante diminuição da sensação e circulação podem levar às úlceras de decúbito, úlceras de estase, abrasões e queimaduras. A integridade comprometida da pele predispõe a pessoa idosa à infecção por microorganismos que fazem parte da flora cutânea normal (SMELTZER; BARE, 2002). Esse evento é de extrema importância para o planejamento dos cuidados ao idoso em internação hospitalar ou mesmo acamado no domicílio, pois o aparecimento de úlceras de pressão é um evento que pode retardar a recuperação do agravo e da reinserção social de maneira a que possa recuperar a independência e voltar a executar as suas atividades diárias.

Característica freqüente nos indivíduos idosos é a presença de doenças crônicas dentre elas as de maior relevância são a Hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *melittus*.

Conforme dados das Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) por ocasião da divulgação das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular; aumenta linearmente com a idade. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais freqüentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica. Em indivíduos idosos da cidade de Bambuí, MG, 61,5% apresentavam hipertensão arterial. O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade e o risco absoluto aumenta marcadamente (SBC; SBH; SBN, 2006).

O diabetes melito aumenta sua prevalência com a idade. Quase metade dos diabéticos tem 65 anos ou mais, com aproximadamente a mesma proporção de homens e mulheres. O número absoluto de pessoas idosas com diabetes vai continuar a subir em um futuro previsível por pelo menos duas razões: 1) a taxa de diabetes diagnosticado em pessoas de 65 a 74 anos de idade e de mais de 75 anos de idade aumentou cerca de 2,5 vezes nos últimos 30 anos, e 2) o número de pessoas idosas sob risco está crescendo. Como cerca de metade dos casos em idosos não é diagnosticada, se os métodos de detecção melhorarem, o número de casos reconhecidos clinicamente pode crescer ainda mais (HARRYS, 1990).

Ao ser hospitalizado o paciente idoso diabético que vai ser submetido a procedimento cirúrgico deve ter sua glicemia rigorosamente monitorada e estabilizada ainda no período pré-operatório. O que se percebe freqüentemente é que ao serem submetidos a dietas restritivas para realização de exames laboratoriais ou complementares os níveis de glicemia terminam por ser reduzidos, e muitas vezes causam hipoglicemia.

3.3 O IDOSO E O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

A busca do homem por soluções milagrosas que solucionassem os problemas de saúde é histórica. Na cultura dos egípcios, encontrou-se um papiro traduzido que constitui a maior obra sobre cirurgia da antiguidade e data aproximadamente 3.000 a.C. Apesar de sua indicação para tratar problemas cirúrgicos, já se manifestavam as preocupações com a velhice, prevenção e cura de algumas enfermidades da idade avançada (GOMES, 1998).

Nos séculos XVIII e XIX, grandes progressos foram realizados, possibilitando adentrar o abdômem de uma pessoa e esta sobreviver. Para Thorwald (2002) a história da cirurgia ou avanços significativos a partir da primeira narcotização anestésica, realizada em 1846. A partir desse marco histórico a cirurgia abandonou um campo de estagnação, anteriormente reduzido ao poder impiedoso da dor nas operações, e restritas, por medo à febre traumática, a raras intervenções de extrema necessidade. Transpunha-se então o limiar de tempos de escuridão e progressos inimagináveis se desenvolveram no campo do conhecimento sobre cirurgias.

Contribuição inegável foi o aparecimento de Florence Nightingale, uma inglesa nascida em família abastada, que anunciou ter sido chamada por Deus para tornar-se enfermeira. Preparou-se convenientemente durante o seu estágio como aprendiz e iniciou uma fase importante na reforma e gerenciamento dos cuidados de mulheres. O grupo treinado por Florence limpou a sujeira e os vermes dos campos de tratamento de feridos da guerra da Criméia, melhorou as condições de ventilação, nutrição e sanitarismo atribuídas a determinação e dedicação das suas aprendizes, obtendo resultados impressionantes para a época. Afugentando a putrefação, reduziram a taxa de mortalidade de 60% para 1%, fato inédito para a época e que rendeu reconhecimento e gratidão dos soldados por ela salvos da morte (TIMBY, 2001).

Assim, a história da cirurgia foi se desenvolvendo. Após os tempos em que já se emancipara da dor nas intervenções cirúrgicas não deveria ter se prolongado por mais que três décadas a demora em resolver outras deficiências para o procedimento. A Semmelweis se atribui o mérito de ter sido pioneiro no agravo da “infecção de contato” e pela primeira vez, dominado amplamente o problema na prática. Semmelweis transcorreu um caminho penoso e longo pois por volta de 1847, os recursos tecnológicos e os conhecimentos sobre a microbiologia ainda eram incipientes, suas descobertas empíricas não tinham como ser comprovadas com exatidão, o que dificultou que chegasse a conclusões definitivas e pudesse convencer os colegas dos resultados positivos (GOMES, 1998).

Em 1866, Joseph Lister contribuiu com avanços resolutivos na infecção das doenças traumáticas com a apresentação de seu manuscrito intitulado “Sobre o Princípio Antisséptico, na clínica cirúrgica”. A partir de então os avanços não cessaram, possibilitando menores impactos durante a cirurgia e consequentemente redução do trauma, facilitando o processo de recuperação no período pós-operatório (GOMES, 1998). Esse progresso certamente contribuiu para o aumento da expectativa de vida da população e da e associado à redução da mortalidade por doenças contagiosas.

Ao longo do tempo os procedimentos cirúrgicos foram aprimorados nas condições de segurança, precisão e menores impactos orgânicos para o paciente. O avanço desenvolvido com tecnologias nos exames complementares, transfusão sanguínea, além do controle de microorganismos no ato cirúrgico (uso de antissépticos, luvas, aventais, máscaras, toucas e outros) que propiciaram melhorias significativas para a execução dos procedimentos.

Com a evolução das técnicas cirúrgicas e replicação dos procedimentos para todas as partes do mundo, proporcionados pela evolução dos meios de comunicação, a diminuição do risco cirúrgico e da mortalidade causada pelos procedimentos cirúrgicos possibilitou que pessoas com idade avançada tivessem acesso a procedimentos cirúrgicos antes inimagináveis. .

O conceito de que as intervenções cirúrgicas de maior porte no paciente idoso eram muito arriscadas e raramente compensavam, era de fato, válida até o início do século XX, quando a mortalidade atingia metade das operações. Entretanto, essa realidade vem se modificando e nos centros médicos mais desenvolvidos existem poucas diferenças entre os resultados operatórios do jovem e do idoso. A doença operada ou a operação em si não contribui para a morbimortalidade quando o estado geral do organismo está em harmonia e, em especial, os cuidados pré, trans e pós-operatórios são desenvolvidos de maneira adequada, exercendo papel fundamental na diminuição dos índices de morbimortalidade dos pacientes (PETROIANU ; PIMENTA, 1998).

Atualmente, cerca de 40% das admissões de pacientes idosos em hospitais gerais estão relacionadas à terapêutica cirúrgica. Apesar dos progressos nas técnicas cirúrgica e anestésica e dos cuidados da terapia intensiva, existe, com o envelhecimento, um aumento progressivo da morbidade e mortalidade intra e pós-operatória devido à redução da capacidade funcional dos vários sistemas e da associação de doenças (CARVALHO FILHO, p. 633, 2005). Dentro da faixa geriátrica, existem evidências de um crescimento percentual mais acentuado dos indivíduos octogenários, sendo este também o grupo populacional responsável pelo maior crescimento nos departamentos de cirurgia (REISS; DEUTSCH ; NUDELMAN, 1992).

O crescente aumento da população de idosos que têm a possibilidade de se submeterem a procedimentos cirúrgicos, exige que a equipe de saúde que lhes presta serviços profissionais seja qualificada e capacitada a atendê-los com eficiência, segurança e conhecimento, a fim de detectar precocemente as possíveis causas de complicações, atuando de maneira rápida e eficaz, reduzindo os danos causados ao organismo do idoso pelo evento cirúrgico.

A diminuída capacidade ou reserva funcional global disponível no organismo do idoso para lidar com o estresse aponta para os cuidados necessários a fim de evitar que a operação e

as iatrogenias decorrentes rompam com o delicado equilíbrio mantido às custas muito mais da adaptação do que de mecanismo compensadores (BECK, 2000).

A cirurgia, aumenta o estresse a todos os sistemas orgânicos que podem se manifestar psicológica ou fisiologicamente. Estresse é um termo coletivo usado para descrever os muitos fatores psicológicos e fisiológicos que causam alterações neuroquímicas no organismo. Causas de estresse no cliente perioperatório incluem dor, lesão tecidual, hemorragia, anestesia, febre e imobilização. Os estímulos causadores de estresse impostos pela cirurgia promovem tal resposta associando fatores tanto psicológicos (ansiedade, medo do desconhecido) quanto fisiológicos (hemorragia, anestesia, dor, imobilização). A capacidade de suportar o estresse da cirurgia e da anestesia está diminuída significativamente em pessoas idosas ou debilitadas. Algumas doenças que aumentam esse risco incluem desnutrição, anemia, desidratação, aterosclerose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), diabetes *mellitus* e muitos outros. Esses são exemplos comuns em idosos, que devem ser corrigidos ou controlados antes da cirurgia, se possível. Uma dieta nutritiva e ingestão adequada de líquidos ajudam a contrabalancear esses problemas, reduzindo assim o risco operatório do cliente (BLACK; MATASSARIN-JACOBS, 1996).

Os hábitos de vida também influenciam os riscos do procedimento cirúrgico. O tabagismo provoca alterações sobre o sistema respiratório que incluem hipersecreção de muco e danos sobre a árvore traqueobrônquica pela obstrução a longo termo, bem como restrição sobre as pequenas vias aéreas com aumento na capacidade de fechamento e tendência a mudanças na relação ventilação-perfusão. Há também aumento na sensibilidade reflexa de ambas as vias de condução (altas e baixas), da permeabilidade do epitélio respiratório e evidências de perda de fator surfactante. Eventos posteriores com implicações para o anestesiológico são o prejuízo sobre a imunidade humoral mediada por células, além da indução de enzimas microsossomiais com elevação do metabolismo de várias drogas (FURTADO, 2002).

O procedimento cirúrgico, envolve alguns fatores que podem influenciar o seu sucesso e determinar a incidência de maior ou menor risco para o indivíduo cujo diagnóstico da doença traz como terapia a cirurgia. As pessoas têm que enfrentar seus temores internos, por vezes se apegando com as crenças religiosas para conseguir forças e enfrentar a situação, muitas vezes inevitável. Esses temores são justificáveis visto que durante a cirurgia o indivíduo é exposto à situação de risco ao ser anestesiado, ao sofrer penetração por instrumento cortante, ao parar temporariamente algumas funções vitais e muitos outros. Os fatores de risco devem ser avaliados previamente a realização da cirurgia.

Os fatores de risco são definidos como características individuais inatas ou adquiridas, que determinam uma alta probabilidade de desenvolver certo evento relacionado à saúde, em um determinado tempo. Esses fatores, quando identificados previamente ao evento a que estão associados, muitas vezes, podem ser tratados ou modificados por ações, como uma forma preventiva de manter a saúde, reduzindo a probabilidade de eventos mórbidos ou fatais (CÉSAR, 1989). Considera-se fator de risco para as complicações cirúrgicas nos idosos o tempo da cirurgia, tipo de anestesia, potencial de contaminação da cirurgia, posicionamento intra-operatório esses extrínsecos ao indivíduo e outros intrínsecos como idade, hábitos de vida, doenças crônicas, grau de dependência, dentre outros.

A alta probabilidade com que os idosos precisam de uma cirurgia e o risco aumentado de morbidade e mortalidade tornam necessária uma avaliação pré-operatória completa. Os índices cirúrgicos são 50% mais altos em idosos acima dos 65 anos de idade do que nos grupos mais jovens e 40% das admissões de pacientes idosos em hospitais gerais são para serviços cirúrgicos. Geralmente pacientes idosos respondem por 75% das mortes pós-operatórias, comparadas com 25% dos pacientes abaixo dos 65 anos. Entretanto, essas generalizações estão sujeitas a variações conforme o fator de risco identificado durante o período pré-operatório e do seu controle (JOHNSON, 2001, p.401).

Algumas condições podem alterar o risco de uma cirurgia no paciente idoso. O risco cirúrgico deve ser julgado considerando as condições fisiológicas do idoso e não apenas a idade cronológica. O risco de uma cirurgia de médio porte em paciente acima dos 60 anos sofre ligeiro aumento desde que não haja doença cardiovascular, renal ou outra sistêmica grave. Considerando que os pacientes acima dos 60 anos, mesmo sem sintomas ou sinais físicos, tem aterosclerose generalizada e limitação potencial da reserva miocárdica e renal. Desse modo a avaliação pré-operatória deve ser cuidadosa. Nesse grupo não é raro um câncer oculto; portanto, deve-se investigar cada queixa sugestiva, gastrointestinal ou outras, mesmo que seja pequena (WILSON, 1976, p.68).

O procedimento anestésico é fator de preocupações para a equipe e para o paciente. Anestesia é um estado de perda total ou parcial da sensibilidade, provocada artificialmente, ocorrendo com ou sem a perda da consciência. O objetivo da anestesia é produzir relaxamento muscular, bloquear a transmissão dos impulsos nervosos, suprimir os reflexos e causar perda da consciência. A escolha do anestésico considera variáveis como a idade e estado físico do cliente; tipo, localização e duração da cirurgia; história anestésica precedente; e preferência pessoal, habilidade e julgamento do anestesista (BLACK; MATASSARIM; JACOBS, 1996).

O serviço em que o estudo foi realizado utiliza a escala de estado físico, elaborada por Saklad 1941 considerando-se a mortalidade secundária à anestesia e as condições clínicas pré-operatórias associadas. Após adição da quinta categoria ela foi adotada pela American Society of Anesthesiologists (A.S.A.,1998), essa escala considera o risco de mortalidade em geral de acordo com a idade e o status de doença sistêmica associada.

Classe I: indivíduo saudável, abaixo dos 70 anos;

Classe II: doença sistêmica leve, sem limitação funcional ou acima dos 70 anos;

Classe III: doença sistêmica grave, limitação funcional definida;

Classe IV: doença sistêmica incapacitante, que é ameaça constante à vida;

Classe V: moribundo, sem chance de sobreviver 24 horas com ou sem a cirurgia;

Classe VI: paciente declarado com morte cerebral, cujos órgãos estão sendo removidos para propósitos de doação.

Essa avaliação possibilita preparação adequada dos profissionais envolvidos em todo o processo perioperatório e dos recursos estruturais necessários a realização do procedimento. Além desses, fatores como o caráter de realização da cirurgia influenciam o aparecimento de complicações e aumento de morbidade e mortalidade.

No que se refere às cirurgias de emergência considera-se ser situação que aumenta o risco e serem caracterizadas por requerer intervenção imediata para a manutenção da vida, para manter a função de órgão ou membro; para remover um órgão lesado ou interromper uma hemorragia, limitando a investigação e correção dos outros fatores de risco para o paciente. As cirurgias eletivas se caracterizam por serem realizadas no intuito de promover o bem-estar da pessoa, porém não absolutamente necessária para manutenção da vida (BLACK; MATASSARIM; JACOBS, 1996).

Nesse sentido, os procedimentos eletivos incluem menores riscos aos pacientes por permitirem as correções dos fatores de risco em momento prévio a realização da intervenção cirúrgica.

3.4 COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS NO IDOSO

Algumas alterações próprias do processo de envelhecimento desencadeiam patologias cuja terapêutica é a intervenção cirúrgica. Dentre essas algumas são de maior incidência nos indivíduos idosos, incluindo-se as relacionadas ao aparelho digestivo, como as hérnias, colecistites, tumores malignos abdominais, e outras. Discute-se portanto, as principais cirurgias abdominais nos idosos, sua incidência e mortalidade.

Em idosos, um alto índice de suspeita e um alerta para os sintomas insidiosos de doença abdominal aguda são obrigatórios. O idoso sofre ao máximo de deiscência de feridas e tem maiores taxas de complicações do que as pessoas mais jovens. A apendicite é menos comum em idosos do que no jovem, no entanto a mortalidade em idosos é maior em até 10%, motivada pela dificuldade em se estabelecer o diagnóstico precoce. Nem sempre os sintomas clássicos aparecem no idoso, retardando o diagnóstico e a mortalidade quase sempre é devida a perfuração ou gangrena do intestino na cirurgia (BURNS, 1985, p. 695).

A doença das vias biliares é a indicação mais comum para cirurgia abdominal no idoso, sendo responsável por 6 a 40% das doenças abdominais agudas. Entre pacientes com colecistite supurativa, um quarto pode não ter sensibilidade abdominal, um terço pode não ter elevação da temperatura, um terço pode não ter elevação na contagem dos leucócitos e um terço pode não ter sinais peritoneais. Devido ao fato de o idoso ter muito frequentemente achados mínimos com uma peritonite florida, a colecistite aguda deve ser considerada uma indicação para cirurgia de emergência (WILSON, 2001).

O volvo pode estar presente com distensão abdominal intensa mas somente um leve grau de desconforto. A sepse, o choque e a dor grave ocorrem tardiamente na evolução posterior, com o aumento da tensão na parede do intestino. Pacientes com volvo tipicamente tem co-morbidades ou doenças respiratórias, cardíacas, neurológicas ou psiquiátricas graves, com inatividade ou constipação crônica. Embora o volvo do sigmóide constitua somente cerca de 55% das obstruções do intestino grosso, a sutileza da apresentação precisa de consideração especial no idoso com quaisquer sinais ou sintomas de abdome agudo. A diverticulite é comum e muitas vezes recorrente nos idosos (WILSON, 2001).

Dentre as intercorrências gerais no idoso, as relativas às cirurgias abdominais exigem um diagnóstico preciso de doença abdominal para planejamento oportuno e operações apropriadas. Entretanto, os sinais clínicos de doença abdominal como dor à palpação, dor, rigidez muscular e febre são frequentemente menos óbvios em pacientes idosos. O uso comum de drogas anti-inflamatórias não-esteróides pode mascarar sintomas ou mesmo predispor pacientes idosos à doença abdominal aguda (MEEKER; ROTHROCK, 1997).

A cirurgia do trato biliar constitui a maioria dos procedimentos abdominais e de mortalidade cirúrgica nos idosos. Um terço das cirurgias abdominais de emergência em pacientes com mais de 70 anos é por doença biliar (BURNS; PARIKH, 1990).

Em relação ao atendimento de emergência em idosos e a mortalidade, a pesquisa de Abbas *et al.* (2003), estudou a evolução perioperatória de 180 pacientes acima de 80 anos de idade submetidos a operações abdominais grandes, apresentando morbidade global de 33%,

maior entre os pacientes operados de urgência. O número de morte foi alto (29%) e significativamente maior entre as urgências do que entre as operações eletivas (7,5%), às custas do que ocorreu no período perioperatório (30 dias). Os resultados de análise feita ao longo do tempo foram, no entanto, iguais. Isso foi motivo para que os autores concluíssem que a idade não deve ser o único critério para a decisão da terapêutica cirúrgica em pacientes idosos.

No estresse decorrente da cirurgia ou da doença aguda, a resposta do paciente idoso ao trauma diminui significativamente, em consequência da diminuição na reserva fisiológica, o que faz com que haja um maior risco de mortalidade, morbidez e complicações pós-operatórias (PETROIANU; PIMENTA, 1998).

Tem-se observado empiricamente, que devido às complicações no pós-operatório dos doentes nessa faixa etária, aumenta consequentemente o tempo de permanência nos hospitais e os custos com a hospitalização, a recidiva de sinais clínicos que dificultam a recuperação após a cirurgia, tais como quadros de pneumonia, hipertensão arterial e diabetes melito descompensados devem ser estabilizadas no pré-operatório e mantidas sob controle no decorrer do período perioperatório.

Os pacientes idosos, quando considerados em conjunto, apresentam maior morbidade e mortalidade do que os indivíduos mais jovens. Isto, mais do que a idade cronológica, é consequência de doenças associadas, das peculiaridades fisiológicas dos órgãos vitais e da má nutrição. Nesse sentido, é marcante a constatação de haver progressão crescente do número de enfermidades associadas, de complicações pós-operatórias e de elevação da mortalidade, quando se considera indivíduos em décadas crescentes de 60 a 90 anos.

A trombose venose profunda constitui uma complicação comum nos idosos, especialmente naqueles que apresentam os seguintes fatores de risco: Sexo masculino, obesidade, doença maligna, história prévia de trombose venosa profunda (TVP), operações ortopédicas, neurocirúrgicas, urológicas, abdominais altas, ou qualquer operação de grande porte e cirurgia vídeo-endoscópica (PETROIANU; PIMENTA, 1998). Em pacientes cirúrgicos idosos, a imobilização no leito e a estase venosa são os fatores que mais levam a essa complicação (FRANCIS, 1992).

No concernente às complicações neuropsiquiátricas, cabe uma abordagem melhor detalhada visto que esta pode desencadear uma série de outros agravos que venham a comprometer a capacidade funcional do idoso e aumentar os riscos de morbidade e mortalidade.

O *delirium*, também conhecido como estado confusional agudo, é um transtorno geral do metabolismo cerebral e da neurotransmissão que resulta em manifestações

neuropsiquiátricas tais como confusão, insônia e agitação. O *delirium* é relatado em 11 a 24% dos idosos no momento da admissão hospitalar e se desenvolve em outros 5 a 35% dos pacientes. A incidência aumenta com a idade e a gravidade da doença, além disso o paciente com o quadro pode ter dificuldade de compreender os planos de assistência, de participar na reabilitação e de dar consentimento para os procedimentos propostos (FLEMING, 2001, p. 565).

É um problema comum e potencialmente sério no paciente cirúrgico idoso, necessitando de monitoramento adequado e avaliação. Agitação, ansiedade, insônia, tremores e náusea podem ser equivocadamente atribuídos a outras causas quando o *delirium* não é considerado. Acredita-se que muitos medicamentos colaboram com o seu desenvolvimento, tendo como os mais importantes o uso de neurolépticos e de opióides, meperidina pós-operatória e benzodiazepínicos e drogas anticolinérgicas de ação prolongada. Embora não seja claro se a privação sensorial (p. ex. comprometimento da visão e da audição, leitos em cômodos sem janelas), privação do sono ou transferência para ambientes estranhos possam causar o *delirium* e o agravam no idoso (FLEMING, 2001, p. 567).

As observações e os registros da equipe de enfermagem dos sinais manifestados pelos idosos hospitalizados podem auxiliar ajuste de dose da medicação e outras medidas que evitem o transtorno. A equipe de saúde precisa conhecer as dificuldades dos idosos para que ele não seja exposto a sofrimentos e constrangimentos desnecessários, visto que não é incomum a contenção no leito, procedimento questionado eticamente e que, com mudança de comportamentos e protocolos da equipe, poderia se tornar totalmente desnecessário.

Petroianu e Pimenta (1998) afirmam que as complicações operatórias mais frequentes em idosos são as respiratórias e o choque. Para os autores, o choque tem sido causa de morte mais frequente entre os pacientes idosos, pois possuem artérias escleróticas e com o choque, desenvolvem hipotensão, que desencadeia grave redução na perfusão dos vasos coronarianos e cerebrais. Portanto, os cuidados com a infusão de líquidos e hemotransfusão simultaneamente, devem ser acompanhados minuciosamente quanto ao equilíbrio hidroeletrólítico balanceando a administração de infusões e registrando as eliminações.

As complicações respiratórias podem ocorrer no pós-operatório imediato em consequência da depressão do sistema respiratório, devido aos medicamentos recebidos na fase de anestesia. Incentivar a expansão pulmonar por meio da mudança de decúbito, de exercícios respiratórios e de deambulação precoce no dia da cirurgia ou manhã seguinte, auxiliam na prevenção de complicações respiratórias.

Como resultado da dor, da fadiga e do mal-estar generalizado, os pacientes idosos que precisam de hospitalização para uma doença ou uma cirurgia preferem, muitas vezes, permanecer no leito. Entretanto, o repouso contínuo no leito, rapidamente leva ao descondicionamento cardíaco e muscular e predispõe os pacientes a úlceras de pressão e a constipação. Além disso, as quedas relacionadas à hipertensão ortostática e ao desequilíbrio devido à perda do tônus neuromuscular são um risco significativo (FLEMING, 2001, p. 567).

Conforme Pereira (2005) as úlceras de pressão têm uma representação significativa nos pacientes com restrição de mobilidade, que associada à predisposição em adquiri-la e ao tempo de permanência no leito, retardam o processo de recuperação do paciente, aumentando o risco de desenvolver complicações.

Consideram-se ainda as complicações relacionadas a utilização de cateteres intra-venosos. Brezenger *et al.* *apud* Pereira e Zanetti (2000) relatam que estima-se que anualmente são realizadas 150 milhões de infusões por meio de dispositivos venosos periféricos. Pereira e Zanetti (200) acrescentam que este acesso é feito principalmente através da rede venosa dorsal das mãos e antebraços.

Os autores *op cit* reafirmam que apesar dos vários dispositivos encontrados no mercado, sofrendo variáveis de tamanho, tipo de material e revestimento, ainda são causa de complicações ao paciente, como obstrução do dispositivo, infiltrações locais, inflamações, infecções, com possível septicemia sendo que a mais freqüente delas é a tromboflebite.

De acordo Brannen e Surette *apud* Pereira e Zanetti (2000) os fatores de risco para desenvolver essa complicação pode estar relacionado a fatores físicos, técnica de inserção, anatomia do local, tamanho e tipo do dispositivo, número de inserções, cateter *in situ* por mais de 72 horas, a gravidade da doença e infecções preexistentes. Ainda relacionam os fatores químicos, como infusão de drogas irritantes, drogas hiper ou hipotônicas.

Sabe-se que a enfermagem é responsável por administrar soluções intra-venosas nos pacientes internados e que os cuidados com esse procedimento devem ser executados com rigor ético e extrema habilidade técnica e científica. Não foram encontrados estudos relatando as dificuldades punção, preservação e punção venosa em idosos, ficando mais essa lacuna do conhecimento a ser investigado. No entanto sabe-se que os cuidados de enfermagem são de fundamental importância para que o acesso venoso periférico não se torne um problema a mais para ser enfrentado pelo idoso hospitalizado. Norwood *et al.* *apud* Pereira e Zanetti (2000), referem que a idade constitui um dos fatores de risco predisponentes a infecção relacionada com cateter venoso central e periférico, pois altera os mecanismos de defesa orgânica do indivíduo.

Tema de relevância para a enfermagem e espaço para pesquisa para muitos profissionais, as úlceras por pressão atingem um contingente significativo de idosos. Incluem-se portanto aqueles acamados no domicílio ou hospitalizados por longos períodos desenvolvendo fatores de risco para o desenvolvimento da patologia. A úlcera de pressão é responsável por retardar o processo de alta hospitalar, demandar custos maiores aos procedimentos, sofrimento e constrangimento aos idosos, além de estarem diretamente relacionadas ao aumento de morbidade e mortalidade.

Segundo Rocha e Barros (2007) o desenvolvimento de úlceras por pressão, é um grave problema de enfermagem, pois frequentemente, associado à má qualidade da assistência e exige uma grande demanda de tempo e dinheiro para tratamento das lesões, sobretudo quando a prevenção recebe menos atenção, quando não existem programas específicos voltados para esse problema.

Como maneira de utilizarem-se metodologias validadas na prevenção deste problema, escalas vêm sendo utilizada para avaliação dos riscos de desenvolvimento de úlceras por pressão. A maioria dessas escalas considera a idade como fator de risco, e ainda tipo de pele, condições de mobilidade, condições nutricionais, sexo, e outros. Com essas informações medidas preventivas são implementadas para evitar o aparecimento de úlceras por pressão.

3.5 CUIDADO GERONTOLÓGICO DE ENFERMAGEM

Sabemos que o ser humano cuida do outro, faz parte da natureza humana cuidar das pessoas e das coisas que o cercam, todos temos a possibilidade de cuidar de outra pessoa, no entanto o enfermeiro faz do cuidado tema central de sua atividade profissional, com toda a especificidade que o permeia. A enfermagem compartilha com o ser cuidado e seus cuidadores emoções, envolvimento, comprometimentos e responsabilidades. Os idosos recebem atenção especial da enfermagem por meio da gerontologia e dos conhecimentos adquiridos ao longo do tempo sobre o processo saúde/doença/cuidado e das implicações para o desenvolvimento do cuidado digno e efetivo.

O cuidado gerontológico é desenvolvido de forma interdisciplinar, envolvendo o ser idoso num contexto que inclui a família, cuidadores informais e rede de apoio. A ênfase na promoção da saúde do idoso torna-se imprescindível, assim como o cuidado que as patologias requerem, de modo que o idoso gerencie os cuidados necessários para manter e melhorar a qualidade no seu processo de viver.

A prática do cuidado gerontológico de enfermagem exige domínio de habilidades e conhecimentos, pressupõe relação dialógica do profissional com o idoso. Requer dos profissionais de enfermagem, uma postura de permanente reflexão e investimentos efetivos, para que a assistência prestada possa responder de forma concreta às necessidades do idoso e estreitar as relações deste com o profissional. Os aspectos do contexto social e familiar devem ser incluídos, além de primar pelo cuidado com atenção individualizada, criativa e empenhada por soluções realistas e viáveis para as necessidades diagnosticadas.

É preciso fornecer atendimento adequado por meio do cuidado específico gerontológico, alicerçado na promoção do cuidado de si do idoso, valorizando suas possibilidades e recursos para o envelhecimento ativo e saudável e merecedor de um cuidado digno.

O cuidado digno é um valor, um direito a ser e ter em qualquer idade e muito mais na velhice. O cuidado digno é um determinante importante para a velhice com preservação da saúde e da independência física e cognitiva, bem como expectativa de conquistar uma vida feliz e satisfeita mesmo com os agravos advindos com o processo de envelhecimento.

Entende-se que o cuidado digno possa ser efetivado na interação idoso/profissional, por meio do atendimento respeitoso, assegurando-se a privacidade, individualidade, igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios. O cuidado digno perpassa esta interação individual e sofre influências dos determinantes de saúde da população idosa e deve persistir em conduzir o idoso ao exercício da cidadania e dos papéis sociais desenvolvidos durante sua vida.

Na condução para esses caminhos podem-se utilizar os princípios desenvolvidos pela Geriatria e a Gerontologia, especialidades gêmeas, modernas e foram instituídas na metade do século XX, com a fundação da Associação Internacional de Gerontologia, coordenadora das sociedades que começavam a se formar, diante do aumento considerável de pessoas que passavam a atingir idades mais avançadas e exigiam um atendimento diferenciado (GOMES, 1998).

Tanto a Gerontologia como a Geriatria abrigam profissionais especializados dedicados ao tema da velhice, sendo ela entendida como o processo de modificações que ocorre no organismo humano em relação à duração cronológica, acompanhado de alterações de comportamentos e de papéis sociais. Assim, em respeito a essa população, é necessário que se examine o lugar destinado a ela e que representação se faz dela nos diferentes tempos e lugares. Também a necessidade de preparar profissionais para melhor assistir a esse grupo de pessoas é importante. Não obstante, especialistas devem trabalhar as questões comuns do

envelhecer, que se caracterizam pelas alterações biológicas, não as dissociando das necessidades sociais, psicológicas e culturais (FREITAS, 2002).

A Gerontologia é considerada a disciplina que estuda o processo de envelhecimento dentro de critérios biológicos de normalidade, e inclui o estudo da prevenção do envelhecimento patológico. Neste sentido, a Gerontologia e a Geriatria trabalham em conjunto. A Geriatria é uma especialidade que estuda a prevenção, o tratamento das doenças que acometem as pessoas idosas, bem como a sua recuperação funcional e reinserção na comunidade. Os profissionais que cuidam de idosos segundo Lenardt *et al.* (2006, p.118):

[...] precisam estar presentes como pessoas capazes de saber e fazer o cuidado específico do idoso. Do contrário, a capacidade para compreender, responder e se relacionar torna-se limitada. A falta de diálogo e compreensão tem pautado o cotidiano profissional; muitas vezes se cuida de idosos com os mesmos conceitos de cuidados para os adultos ou, pior, para as crianças.

Infelizmente, são escassas as instituições de saúde que conseguem atender ao preconizado na Política Nacional do Idoso, motivados pela falta de recursos financeiros ou da inexistência de uma cultura de cuidados específicos ao idoso. Acredita-se que seja premente iniciar e desenvolver essa cultura de cuidados, para que se engendre na enfermagem reflexões que possam modificar a realidade vivenciada hoje pelos profissionais que atendem e cuidam dos idosos.

Nesse sentido, importante passo foi com a Política Nacional do Idoso em que se encontram registradas determinações sobre a garantia da assistência gerontológica, reconhecendo-a como uma especialidade a ser incluída no Sistema Único de Saúde (SUS). Como preconiza a Política Nacional de Saúde dos Idosos (PNSI), seria adequada a instalação de unidades geriátricas, com pessoal especializado e ajustes que favoreçam a instalação de equipamentos para segurança e locomoção do idoso hospitalizado (GORDILHO *et al.*, 2000).

A Gerontologia é disciplina que se exerce de forma interdisciplinar, e vários profissionais podem compor a equipe com o objetivo de melhor assistir ao idoso. Dentre os profissionais da área gerontológica incluem-se os de medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, educação física, assistência social, odontologia.

O cuidado gerontológico deve ser desenvolvido com os pressupostos do envelhecimento saudável e ativo, e se relaciona com a Enfermagem Gerontológica que é campo de conhecimento da área da saúde que incorpora os conhecimentos específicos em enfermagem, àqueles relacionados ao processo de envelhecimento, para estabelecer junto ao idoso e seu entorno, as condições que permitam, entre outras: adoção de condições mais

saudáveis relacionadas ao estilo de vida; à maximização da independência; à minimização e compensação das perdas e limitações relacionadas ao envelhecimento; promoção de conforto durante os momentos de angústia e maior fragilidade na velhice incluindo o processo de morte e facilitação do diagnóstico e tratamento das condições crônicas que ocorrem na velhice (CRESS, 2001).

A enfermagem pode atuar na Gerontologia e exercer papel importante como membro da equipe. Pode-se descrever a enfermagem como “uma área do conhecimento que embasa uma profissão que se dedica a cuidar das pessoas nos diferentes cenários desta prática: hospitais, ambulatorios, escolas, creches, unidades de saúde pública, domicílios, indústrias, comunidades, dentre tantos outros, o cuidado não se restringe às pessoas doentes” (CALDAS, 2004).

A enfermagem pode exercer papéis importantes para o desenvolvimento da geriatria e da gerontologia como as atividades de educação, cuidado ou assistência direta, assessoria, planejamento e coordenação de serviços, orientação e avaliação destas atividades. As atividades de assistência referem-se àquelas que visam ao atendimento das necessidades básicas das pessoas idosas, objetivando proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, em busca da independência, autonomia e bem estar do idoso. Envolve ações de diagnóstico, planejamento, gestão, coordenação, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem a ele prestada. Algumas condições são consideradas fatores de risco à hospitalização do paciente idoso: idade avançada, multipatologias, processo de doença principal com caráter limitante, transtornos psíquicos associados, problemática social relacionada ao estado de saúde e limitações na realização das atividades da vida diária (BARCELOS *et al.*, 2002).

As primeiras normas de cuidados geriátricos em enfermagem foram definidas em 1970 pela Associação Nacional de Enfermeiras Americanas, a partir de então surgiu a expressão de cuidados gerontológicos, para a seguir se transformar em especialidade (BERGER; MAILLOUX-POURIEX, 1995).

Caldas (2004, p. 408) ressalta que:

Embora o método e as técnicas de enfermagem não sejam diferentes para a enfermagem gerontogeriátrica, existe uma especificidade demonstrada através do conhecimento das teorias do envelhecimento, do processo de envelhecimento normal e patológico e de todo o conjunto de conhecimentos necessários à prática da gerontologia. Esta especificidade se traduz nos cuidados mais diretos junto ao idoso e depende de uma acurada sensibilidade, fruto de conhecimentos específicos e treinamento de habilidades do enfermeiro na área.

A Gerontologia é campo profícuo para a enfermagem atuar na prevenção e promoção da saúde, sendo crescente as publicações de estudos tratando dessa temática nos últimos anos. É certo que os mesmos buscam modificar os rumos do envelhecimento no Brasil, designando outras perspectivas para os idosos do futuro com menores índices de adoecimento e debilidades. No entanto é preciso cuidar de maneira apropriada dos idosos em condições de vulnerabilidade, como os hospitalizados.

Um dos campos de atuação que merecem especial atenção da enfermagem é a hospitalar. Obviamente existem muitos profissionais de enfermagem inseridos no processo de cuidar hospitalar, no entanto, poucos têm conhecimento das questões pertinentes à Geriatria e a Gerontologia os dos benefícios que estes podem trazer para os idosos hospitalizados.

A atuação da enfermagem com o idoso em situação cirúrgica inicia-se na internação, com a realização de exame físico, histórico de enfermagem e prescrição dos cuidados, atuando preventivamente nas possíveis complicações. O idoso, por se encontrar em um ambiente desconhecido, pode se sentir vulnerável, cabendo ao enfermeiro manter postura de simpatia, acolhimento, transmitir-lhe confiança e manter-se disponível para os questionamentos e dúvidas que certamente estarão rondando o imaginário dos idosos e de seus familiares. As orientações a respeito da cirurgia, informações sobre o local da incisão, sondas, tipo de anestesia e outras que se fizerem pertinentes, fazem com que o idoso esteja orientado quanto aos procedimentos e dessa maneira possa colaborar com o tratamento. A atuação do enfermeiro deve ser de evitar complicações, para isso torna-se imprescindível conhecer o processo de envelhecimento biológico para poder distinguir as alterações patológicas das normais do envelhecimento.

Uma abordagem funcionalista, que busca a eficiência e a eficácia assumindo atitudes prescritivas trata de um cotidiano impessoal. A organização dos serviços de saúde em condutas sistematizadas podem ser complementadas com as abordagens que busquem a compreensão além da explicação para que a prática esteja bem fundamentada cientificamente (CALDAS, 2004).

O modelo de cuidado em que os profissionais de saúde e da enfermagem se apóiam para desenvolver o seu ofício, vem historicamente sendo desenvolvido para o adulto jovem. Obviamente, as divisões relacionadas à Pediatria e a Saúde da mulher trouxeram uma diferenciação necessária, mas quando a temática é a Gerontologia, a prática cotidiana ainda se encontra insipiente. A Gerontologia pode auxiliar no desenvolvimento dos conhecimentos específicos ao cuidado com os idosos, no sentido de dar suporte à equipe para trabalhar com os

problemas característicos da fase da vida que este vivencia tanto no ambiente social, familiar e da comunidade, quanto em situações de hospitalização.

Conforme descrito nas alterações do processo de envelhecimento a maior incidência e prevalência de eventos mórbidos nos idosos resultam em uma demanda relativamente maior dos serviços de saúde, com maior número de consultas, maior tempo médio de internação, que têm por consequência a exigência de maior e melhor assistência nos cuidados prestados e principalmente nas orientações de cuidados fornecidas pelos profissionais de enfermagem que frequentemente se configuram nas práticas de cuidado aprendidos na academia e, portanto, considerados de cunho científico, e isto nos faz refletir e questionar até que ponto essa característica das orientações dos cuidados atinge positivamente aos doentes (LENARDT *et al.*, 2005).

Embora possa parecer que a assistência de enfermagem, em essência, não seja diferente para as pessoas idosas, o conhecimento das características inerentes dessa fase do ciclo vital impõe aos profissionais de enfermagem uma atenção especial para intervir de forma adequada e segura, enfatizando ainda que: quanto mais a enfermeira conhecer a respeito do seu paciente e estar disponível para ele, melhor será a assistência que ela poderá prestar (CAMPEDELLI, 1983).

No que concerne ao idoso em situação hospitalar, necessita-se que a enfermagem gerontológica encontre os caminhos para os campos de atuação de maneira que possa compartilhar com os outros profissionais e membros da equipe de enfermagem conhecimentos que resultem em melhoria do cuidado prestado específico ao idoso. Para tanto as diferenças provocadas pelo processo de envelhecimento nos aspectos biológico, social, psicológico e as condições de vida peculiares aos idosos no Brasil devem ser consideradas como relevantes para que as adequações sejam realizadas com sucesso.

4 MATERIAIS E MÉTODO

Apresenta-se a seguir o percurso metodológico desenvolvido neste estudo e o comprometimento referente às questões éticas.

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo do tipo observacional de natureza qualitativa-quantitativa efetuado com dados secundários dos idosos submetidos à cirurgia e informações primárias fornecidas pelos membros da equipe de enfermagem.

Os estudos observacionais diferem dos experimentais por serem aqueles em que o investigador(a) faz observações sobre uma realidade procurando intervir o menos possível nas condições naturais nas quais se encontra o objeto investigado (BRICEÑO-LEÓN, 2003).

A abordagem de natureza quali-quantitativa permite ter duas visões sobre um fenômeno, propiciando um estudo mais ameno e mais consistente nos seus resultados. O importante neste tipo de estudo segundo Briceño-León (2003, p. 180-181), não é a pureza do método, mas sim a capacidade de dar respostas aos objetos da investigação, a capacidade para compreender um processo social ou o comportamento dos indivíduos, a integração dos métodos quase se converte em uma necessidade.

Conforme Minayo e Minayo-Gomes (2003, p.133-134) “é inegável que existe uma necessidade visceral de que saúde/doença [...] quando tratadas do ponto de vista de sua compreensão sejam abordadas tanto pela epidemiologia como pelas ciências sociais em sua vertente qualitativa”. A autora *op cit* justifica que no fundo o que está, freqüentemente em jogo é a pergunta de como conseguir implementar uma atenção à saúde de grupos sociais específicos.

Neste estudo o possível encontro entre qualitativo e quantitativo mostrou-se necessário em razão de que está em jogo revelar os cuidados gerontológicos diante das complicações cirúrgicas no idoso.

4.2 ESPAÇO AMOSTRAL

O estudo foi realizado no Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital de Ensino da cidade de Curitiba - Paraná. Esta unidade faz parte de um hospital de grande porte, com capacidade para 643 leitos. O hospital realiza atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quase que exclusivamente. Em média são efetuadas 1.717 internações /mês, a média de permanência é de 7,28 dias; a taxa de ocupação é de 73,70% . Este hospital conta com um total de 3.787 funcionários divididos em 1.001 de nível superior, 1.889 de nível médio e 897 de apoio. A unidade de cirurgia geral realiza cirurgias de médio e alto porte e tem capacidade de lotação para 18 leitos. Interna doentes adultos e idosos de ambos os sexos somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) submetidos à cirurgia e/ou que apresentam complicações pós-operatórias de cirurgias realizadas na própria unidade ou em outros serviços. A unidade contava com um número específico de leitos para geriatria até início de 2006, no entanto a necessidade de remanejamento de vagas totais para a internação hospitalar excluiu esta especificidade.

A equipe de enfermagem está composta por 3 enfermeiras, 6 técnicos e 10 auxiliares de enfermagem. Fazem parte da equipe de saúde da clínica cirúrgica: médicos do hospital, médicos professores e médicos residentes, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, religiosos do serviço de capelania e duas secretárias que atendem o serviço de internamento.

Por se tratar de Hospital de Ensino, vinculado a uma universidade pública, a unidade de clínica cirúrgica recebe frequentemente discentes estagiários das várias disciplinas da saúde, dentre elas enfermagem, medicina, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrição e de cursos profissionalizantes de auxiliares e técnicos de enfermagem que realizam estágios curriculares supervisionados e aqueles que desenvolvem estudos investigativos para conclusões de curso de graduação e pós-graduação.

Durante o período da manhã a unidade é movimentada pela circulação de todo esse contingente de profissionais e estudantes, congestionando, por vezes, o acesso às enfermarias. Após as 13:00 horas, com a retirada dos estagiários o perfil da unidade se modifica, diminui significativamente o tráfego, permanecem na unidade os funcionários que compõem a equipe de enfermagem, a fisioterapeuta, o residente de plantão, pacientes internados e familiares acompanhantes dos idosos.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por pacientes idosos acima de 65 anos, de ambos os sexos submetidos a cirurgias no referido hospital, residentes na cidade de Curitiba-Paraná, e os membros da equipe de enfermagem que prestam serviço na unidade de cirurgia geral. A amostra foi constituída por 124 prontuários dos idosos segundo os critérios de inclusão, e ainda por oito (8) profissionais membros da equipe de enfermagem conforme grau de saturação dos dados.

A clínica cirúrgica internou 1286 pacientes adultos e idosos no período de julho de 2006 a junho de 2007, 283 (22%) com idade igual ou acima dos 65 anos, estes constituíram a população do estudo. Ressalta-se que nem todas as internações culminaram com a realização de procedimentos cirúrgicos. Algumas se tratavam de reinternações do mesmo paciente em momentos diferentes, para tratamento de agravos relacionados com a patologia primária, doenças crônicas ou complicações de procedimento cirúrgico em momento anterior.

Os registros dos prontuários da população de idosos foram submetidos aos seguintes critérios de inclusão no estudo:

- possuir idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, completos até o dia da realização da cirurgia;
- ter sido submetido à cirurgia no Centro Cirúrgico do hospital;
- permanecer internado na unidade de cirurgia geral no período mínimo do pós-operatório imediato;
- ter sido internado no período de 01 de julho de 2006 a 31 de julho de 2007.

Para os membros da equipe de enfermagem foram utilizados os seguintes critérios de inclusão;

- ser profissional contratado pelo Hospital de Ensino, para exercer as atividades de enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem;
- atuar profissionalmente na unidade cirúrgica há um tempo mínimo de três meses anterior ao início da coleta das informações;
- aceitar a participação voluntária, preencher e assinar o “termo de consentimento livre e esclarecido”(TECLA);
- autorizar a gravação da entrevista em fitas k-7.

Critérios de exclusão da pesquisa para os profissionais:

- expressar voluntariamente, a qualquer momento o desejo de não participar e/ou interromper sua participação no estudo;

- deixar de atuar profissionalmente na unidade cirúrgica durante o desenvolvimento da coleta das informações.

4.4 PERÍODO AMOSTRAL E COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado em duas etapas: uma quantitativa com características de um estudo transversal retrospectivo e a segunda qualitativa descritiva.

Estudo transversal retrospectivo – Os dados secundários foram coletados dos registros de 124 prontuários de idosos de constavam internação no período amostral de 01 de julho de 2006 a 31 de junho de 2007. O tempo de coleta perpassou de 01 de junho a 31 de agosto de 2007. Após seleção dos pacientes internados no período amostral procedeu-se a classificação e exclusão dos internamentos em duplicidade ou cujo desfecho não culminou em procedimento cirúrgico.

Os dados foram coletados por meio de instrumento com questões fechadas elaborado pela própria investigadora (Apêndice A) e registrados no próprio documento. Este instrumento, conforme sugestão da banca de qualificação do projeto, foi submetido à avaliação de três enfermeiros especialistas com atuação em clínica cirúrgica, que orientaram modificações no instrumento para as questões relacionadas ao período pré-operatório e intra-operatório. As sugestões foram acatadas e deram origem ao instrumento oficial, com o qual foi aplicado estudo piloto. A testagem apontou necessidade de readaptação do instrumento para a versão com questões fechadas e inclusão de novas categorias de complicações cirúrgicas.

O processo de busca de informações no prontuário foi minucioso e obedeceu à sequência estabelecida pelo instrumento de coleta de dados. Portanto a avaliação pré-cirúrgica ambulatorial, exames complementares que confirmassem o diagnóstico, exames clínicos pré e pós-cirúrgicos, ficha de registro do período intra-operatório, ficha de avaliação anestésica, resumo de alta ou óbito hospitalar e outros constituíram-se em material para a busca da coleta de dados.

As complicações cirúrgicas foram classificadas pelos eventos que as caracterizavam conforme preconiza a literatura sobre o tema. Estes eventos foram constituídos de sinais e sintomas registrados nos prontuários pela equipe de saúde. Para tanto utilizou-se registros da equipe médica, fisioterapia, nutrição sendo a maior fonte de informações os registros da equipe de enfermagem e da evolução médica.

Estudo qualitativo descritivo – Para coleta de informações foi utilizada a observação participante e a entrevista. Durante a descrição do cenário da unidade de cirurgia geral, foi empregada a técnica de observação participante segundo Spradley (1980). O autor sugere que se realize um período de pré-observação, dedicado a alicerçar previamente a observação participante; depois que se realizem observações gerais por meio de um *grand tour* pelo cenário do estudo com objetivo de descrever as principais características do cenário. Neste *grand tour* foram observadas as características físicas da unidade no que diz respeito às rotinas de admissão e alta dos pacientes no internamento; as características do espaço físico e infra-estrutura disponível, processo de trabalho, funcionamento administrativo e as rotinas da unidade cirúrgica.

As informações foram registradas em bloco de notas do pesquisador. Essa etapa foi importante para identificar os recursos físicos e humanos disponíveis e o trabalho da enfermagem na unidade cirúrgica. O período de coleta da observação participante foi de 01 junho a 11 de outubro de 2007.

As entrevistas junto aos profissionais de enfermagem foram realizadas em período posterior à coleta dos dados quantitativos, quando as análises preliminares já evidenciavam as principais complicações cirúrgicas, incidências e características do cuidado de enfermagem. Estas informações orientaram a formulação do roteiro de entrevista com os membros da equipe de enfermagem (APÊNDICE B). Em termos numéricos oito (8) entrevistas foram constituídas a partir do momento que houve saturação das informações, ou seja, repetição nas respostas aos questionamentos. As entrevistas ocorreram individualmente em local reservado para preservação da identidade dos participantes.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS/INFORMAÇÕES

Os dados originados da pesquisa quantitativa referentes aos prontuários dos idosos hospitalizados foram organizados em um banco de dados com o auxílio do programa EXCELL. Após conferência dos dados, foi efetuada codificação do banco para versão compatível à utilização do programa Epi-Info versão 6.04 que auxiliou no processamento dos dados conforme estatística de distribuição das frequências absolutas e relativas e análises bivariadas. Os dados obtidos foram agrupados em categorias: **caracterização dos registros dos idosos e as relações com as complicações cirúrgicas; características dos registros da cirurgia e dos fatores de risco associados às complicações e óbito; características dos registros das complicações cirúrgicas dos idosos no período pós- operatório.**

Os resultados foram apresentados em quadros, tabelas e gráficos.

As análises qualitativas das entrevistas com os membros da equipe de enfermagem, foram efetuadas de acordo com a técnica do “Discurso do Sujeito Coletivo” de Lefèvre e Lefèvre (2003).

Na sua essência, a técnica incide em analisar as informações verbais coletadas, extraíndo-se as idéias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chaves. Para Lefèvre e Lefèvre (2003, p. 16):

O Sujeito Coletivo se expressa através de um discurso emitido no que se poderia chamar de primeira pessoa (coletiva) do singular. Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala em nome de uma coletividade. Esse discurso coletivo expressa um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social.

As figuras metodológicas constitutivas da proposta do discurso do sujeito coletivo incluem: expressão-chave, idéia central, e o discurso do sujeito coletivo.

A expressão-chave é a transcrição literal de trechos ou segmentos, contínuos ou descontínuos do discurso, que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo. A idéia central é um nome ou expressão lingüística que traduz o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

O discurso do sujeito coletivo é a reunião em um discurso-síntese das expressões-chave que manifestam a mesma idéia central, de modo que os discursos dos membros da equipe de enfermagem foram dissolvidos, para depois se incorporarem num ou em vários discursos coletivos que expressam a representação social acerca de um determinado tema da coletividade a que pertencem.

Os discursos da equipe de enfermagem foram submetidos a uma análise de conteúdo que se iniciou pela decomposição desses nas principais idéias centrais presentes em cada um individualmente e em todos reunidos, seguindo-se a uma síntese que visa à reconstituição discursiva da representação social. Os passos para obter o DSC, após a transcrição literal das entrevistas, foram apresentados por Lefèvre e Lefèvre (2003):

- a) leitura do total dos depoimentos coletados em cada entrevista junto ao profissional.
- b) releitura das entrevistas, respondendo a cada pergunta em particular, marcando as expressões-chave selecionadas.
- c) identificação das idéias centrais de cada resposta dos participantes.
- d) análise de todas as expressões-chave e idéias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos.

e) identificação e nomeação da idéia central do conjunto homogêneo.

f) construção dos discursos do sujeito coletivo, relativos a cada pergunta feita aos profissionais.

As informações que emergiram da observação participante foram agrupadas em um discurso único, manifestado na linguagem descritiva, do qual se extraiu as informações de maior relevância para o estudo e exposição do cenário da clínica cirúrgica.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados em todos os momentos deste estudo: na elaboração do projeto; apresentação à Banca de Qualificação; encaminhamento ao Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde; apresentação do projeto para aprovação na unidade de clínica cirúrgica do hospital de ensino; seleção dos participantes da equipe de enfermagem e durante a coleta dos dados para o estudo.

Inicialmente o projeto foi submetido à Banca de Qualificação em abril de 2007 e as correções sugeridas foram realizadas. Em seguida, foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná de acordo com o consentimento da unidade de clínica cirúrgica, local escolhido para o desenvolvimento do estudo. O projeto foi aprovado em 23 de maio de 2007 sob o registro CEP/SD 349.029.07.04 e CAAE 0016.0.091.000-07.

Foi solicitada autorização para consulta aos prontuários ao chefe da cirurgia geral e ao diretor clínico do hospital. Os prontuários foram consultados em local disponibilizado pelo setor de registros do hospital.

Foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária e consentida segundo Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e assegurados sigilo e anonimato da instituição e dos participantes do estudo, conforme artigo 35 da resolução citada. Antes de iniciar o estudo os profissionais de enfermagem foram esclarecidos a respeito dos objetivos do estudo e também dos métodos utilizados para a coleta das informações. Além destes requisitos os participantes foram informados da garantia do direito de desistirem de participar do estudo em qualquer momento, além do sigilo das informações coletadas e do completo anonimato. Foram igualmente esclarecidos que a não participação ou abandono do estudo não acarretaria nenhum prejuízo ou repreensão aos profissionais de enfermagem.

Aos profissionais que aceitaram participar do estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLA), (ANEXO A) e após leitura procedeu-se

esclarecimento das dúvidas e solicitação da permissão para gravação das entrevistas, que somente foram realizadas após assinatura do TECLA.

Durante o período de realização da pesquisa todas as informações coletadas foram armazenadas em fichários próprios e individuais que ficaram sob responsabilidade da pesquisadora.

5 ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Apresentam-se neste item os resultados obtidos com as duas etapas da pesquisa: Primeira quantitativa, retrospectiva transversal com dados secundários dos registros dos prontuários dos idosos e posteriormente as informações obtidas na segunda etapa da pesquisa com característica qualitativa descritiva com os membros da equipe de enfermagem. Inicialmente serão relatadas as características do contexto da unidade cirúrgica resultantes da técnica da observação participante conforme Spradley (1980).

Posteriormente será realizada exposição dos resultados seguidas das discussões pertinentes, relacionadas às características dos registros dos prontuários dos 124 idosos investigados. Os fatores de risco são relacionados às complicações pós-operatórias e aos tipos de complicações de maior frequência. Apresenta-se ao final uma breve síntese da primeira etapa da pesquisa.

Abordam-se a seguir, os resultados da segunda etapa da pesquisa, concernente aos dados qualitativos referente às entrevistas com os membros da equipe de enfermagem. Apresentam-se os discursos individuais seguidos da construção do discurso do sujeito coletivo seguidos de discussão. Ao final elaborou-se uma síntese com os principais achados da pesquisa qualitativa descritiva.

5.1 CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO DA UNIDADE CIRÚRGICA

Após apresentação da pesquisadora como responsável e dos objetivos delineados no estudo foi efetivada a entrada em campo para observação do funcionamento da unidade. O serviço de cirurgia geral fica localiza-se no 8º. andar de um hospital de ensino da cidade de Curitiba. A estrutura física está distribuída em três enfermarias masculinas e três femininas, conforme a demanda dos pacientes essa distribuição é remanejada. Todas as enfermarias contam com banheiros, recentemente reformados para facilitar a acessibilidade dos pacientes, principalmente daqueles que necessitam de cadeiras de rodas ao realizar a higiene corporal. Até meados de 2006 a unidade disponibilizava 23 leitos para internação, estes foram reduzidos para 18 no final de 2006 e no início de 2007 restritos a 16 leitos, mesmo assim nem todos os leitos se mantêm ocupados, em razão de problemas com a equipe de enfermagem que se encontra em número reduzido. Alguns funcionários estão afastados do trabalho por problemas de saúde. A realidade desta unidade é semelhante a de outras que pertencem à instituições públicas, dependentes de concursos públicos para realizarem contratações de funcionários.

Duas das 16 enfermarias são reservadas para pacientes debilitados ou para aqueles que necessitem ficar em isolamento de contato. Todas as enfermarias são equipadas com pontos de fornecimento de oxigênio, ar comprimido e vácuo. Na unidade, uma das salas é destinada ao vestiário dos funcionários dispondo de armários individuais para acomodação dos pertences pessoais; outra sala é destinada para acomodação da roupa hospitalar e serve também de almoxarifado onde são acondicionados frascos de soro, antissépticos, bombas de infusão, sondas, seringas, equipos e acessórios para ostomias. A planta física dispõe de sanitário exclusivo para funcionários, de expurgo e de sala de curativos onde também são armazenados material estéril para curativos, maca para procedimentos e balança.

O posto de enfermagem fica localizado na parte central da unidade no qual se encontra o quadro com o agendamento das cirurgias, as papeletas com as prescrições médicas e anotações de enfermagem e o telefone. Neste local se encontra a bancada para preparação da medicação dos pacientes e as gavetas com a dispensação da medicação diária identificada por paciente; também é no posto de enfermagem que se encontra o carrinho de emergência.

A equipe de enfermagem está composta por dezenove funcionários sendo três enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem e dez auxiliares. Os funcionários são contratados em regime de trinta horas semanais que cumprem prestando seis horas de trabalho diários. Os funcionários da noite trabalham em regime de doze horas de trabalho para quarenta e oito de folga. Para as enfermeiras que contam com um número limitado de funcionários é um

problema diário organizar as duas folgas semanais dos funcionários dos turnos da manhã e da tarde. Outra questão não menor é organizar a escala de folgas da equipe da noite que trabalha em dias alternados e como consequência disto é necessário elaborar três equipes diferentes para o plantão noturno.

Para os procedimentos de internação dos pacientes é realizado agendamento prévio no concernente as cirurgias eletivas. Em cirurgias de emergência, após avaliação médica é solicitada a vaga na unidade de cirurgia. O contato é realizado junto a enfermeira da unidade, inicialmente por telefone que já solicita algumas informações sobre o paciente como idade, sexo e grau de dependência. Estas informações auxiliam na definição da enfermaria e do leito em que o paciente será alocado.

A passagem de plantão da equipe de enfermagem é realizada, seguidamente sem a presença de todos os membros da equipe, apenas um dos membros fica encarregado de receber/ou passar as atividades realizadas e ocorrências dos pacientes no período trabalhado.

O trabalho da enfermagem é estruturado de maneiras diferentes nos turnos da manhã, tarde e noite. Os funcionários do turno diário dividem as tarefas conforme escala de atividades. Com frequência um dos funcionários fica responsável por separar, preparar e administrar a medicação de todos os pacientes; outro por anotar o débito de sondas e drenos assim como de realizar os procedimentos pertinentes; e ainda outros funcionários se dividem nos cuidados diretos com os pacientes como banho, alimentação, curativos e outros. Os funcionários relatam que estão habituados a realizar os cuidados dessa maneira, ou seja, não realizam cuidados integrais, que já faz parte dos hábitos cultivados de longa data na unidade. As enfermeiras relatam esforços em modificar essa rotina para cuidados integrais, no entanto sem sucesso, devido a resistência manifestada pelos membros da equipe. Alguns deles são funcionários da unidade há mais de 20 anos.

Os funcionários da enfermagem do período noturno noite trabalham assumindo os cuidados integrais com os pacientes, ou seja, realizam todas as atividades relacionadas aos pacientes que estão sob sua responsabilidade.

As enfermeiras se dividem entre as atividades assistenciais e as administrativas. Algumas etapas que fazem parte do processo de enfermagem não são realizadas. As prescrições de enfermagem são efetuadas, por meio do sistema de informação do hospital que permite apenas prescrições padronizadas. Os cuidados de enfermagem são colocados em prática realizados por meio de procedimentos rotineiros sem distinção entre pessoas adultas e idosas.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS REGISTROS DOS IDOSOS DA PESQUISA QUANTITATIVA

Os dados originados desta etapa da pesquisa são apresentados em gráficos, tabelas e quadros seguidos pela discussão dos resultados.

5.2.1 Caracterização dos registros dos idosos e as relações com as complicações cirúrgicas

Apresenta-se a seguir os resultados das características dos idosos relacionadas às identidades, hábitos de vida, doenças associadas e exames laboratoriais. Coloca-se adiante aquelas relacionadas aos fatores de risco cirúrgico e as relações destes com as complicações evidenciadas e óbitos.

TABELA 01 – Distribuição das características individuais dos idosos: idade, sexo, raça, situação laboral e estado civil e associação com a incidência de complicações. Curitiba, 2007.

CARACTERÍSTICAS		COMPLICAÇÕES				TOTAL	
		Não		Sim			
		n	%	n	%	n	%
Idade	65 a 69	16	35,5	29	64,4	45	36,3
	70 a 74	20	42,5	27	57,4	47	37,9
	75 a 79	2	9,52	19	90,4	21	16,9
	≥ 80	2	18,1	9	81,8	11	8,9
Sexo	Masculino	21	31,8	45	68,1	66	53,2
	Feminino	19	32,7	39	67,2	58	46,8
Raça	Branco	39	33,6	77	66,6	116	93,5
	Negro	1	16,6	5	83,4	6	4,8
	Outra	0	0,00	2	100	2	1,7
Situação Laboral	Aposentado/Pensionista	27	32,2	57	67,8	84	67,7
	Em Atividade	13	32,5	27	67,5	40	32,3
Estado Civil	Casado	23	33,8	45	66,2	68	54,8
	Solteiro	4	33,3	8	67,7	12	9,7
	Viúvo	8	23,5	26	76,5	34	27,4
	Divorciado/Outro	5	50,0	5	50,0	10	8,1
TOTAL		40	-	84	-	124	100,00

Aponta-se na tabela 1 que dos 124 idosos submetidos à cirurgia, 92 (74,2%) perfaziam a faixa etária de 65 a 74 anos. Considerando-se a idade como fator de risco para complicações, o intervalo de 75 a 79 anos (90,48%) e os da faixa etária de 80 anos ou mais (81,82%) apresentaram maiores complicações gerais comparados aos grupos de menor idade. Destaca-se que os idosos de 65 a 69 mostravam-se com maiores índices de complicações gerais (64,4%) relacionados a faixa etária seguinte de 70 a 74 anos perfazendo 57,4%. Este fato corrobora as tendências em não se considerar a idade isoladamente como fator de risco em cirurgias.

Ao avaliar fatores de risco, é necessário considerar as condições físicas, funcionais doenças associadas dos idosos. Estudo realizado por Mendoza (2006, p. 56) ao avaliar as complicações em idosos de 70 a 79 anos submetidos a procedimentos cirúrgicos atribuiu aos avanços tecnológicos o aumento de cirurgias em pacientes desta faixa etária que embora de

maiores complexidade clínica, vêm sendo submetidos a procedimentos cirúrgicos com sucesso comparado com décadas passadas. Esses dados são similares aos encontrados nos estudos de outros autores tais como: Kojima e Narita (2006); Nguyen, Rivers e Wolfe (2003); Pessaux *et al.* (2000) e Nishida *et al.* (2000).

O sexo masculino foi predominante, 66 (53,2%) homens e as mulheres somaram 58 (46,8%) do total dos investigados. Diante das complicações gerais os homens obtiveram percentual discretamente maior se comparado às mulheres, respectivamente 68,1% e 67,2%.

Os estudos de Kojima e Narita *apud* Mendoza (2006) relacionam o sexo masculino como risco para cirurgia abdominal, devido às alterações hidroeletrólíticas, de temperatura e depressão ventilatória, elevando o risco do paciente apresentar complicações hemodinâmicas e pulmonares no período de recuperação anestésica.

Foram os idosos de raça branca 116 (93,5%) que mais se submeteram a cirurgia, negros 6 (4,8%) e outras raças 2 (1,7%), entretanto é características da população curitibana, que sua população seja predominantemente de brancos, pois a colonização da cidade ocorreu principalmente por imigrantes europeus, alemães, italianos, poloneses, ucranianos. A reduziida amostra de negros e outras raças no estudo apresentaram respectivamente 100% e 66,3% de complicações pós-operatórias. O quantitativo relacionado à raça negra e outras é insuficiente para apresentar qualquer comentário.

Quanto à atividade laboral a maioria dos idosos 84 (67,7%) declararam-se aposentados e pensionistas e 40 (32,3%) deles em atividade laboral incluindo as mulheres “do lar”. Verifica-se nos dados referentes às complicações no período pós-operatório que não houve diferença entre os dois grupos, com percentuais muito próximos para pensionistas 67,8% e em atividade laboral 67,5%.

Segundo WHO (2005) os idosos que vivem em países menos desenvolvidos tendem a se manter economicamente ativos na velhice motivados pela necessidade econômica. Considera também que o mercado de trabalho não atribui valor adequado à contribuição dos idosos em setores informais, como as atividades autônomas, serviço doméstico e ao trabalho não-remunerado em casa.

Dos idosos investigados 68 (54,8%) declararam-se casados, o que contribui para a manutenção da independência. Declararam-se solteiros 12 (9,7%), 34 (27,4%) viúvos e 10 (8,1%) divorciados ou mantendo outro tipo de relação. O grupo de viúvos apresentaram maiores incidências de complicações, perfazendo 76,5%. Ter um companheiro para partilhar a vida e a velhice é motivador e estimula a prática das ações do cuidado de si. Muitos idosos quando perdem o cônjuge e enfrentam a viuvez, se vêem obrigados a residir com os filhos

abandonando sua moradia. Constatase em dias atuais que os filhos estão transferindo residência para a casa dos pais, em razão de dificuldades financeiras mais severas que a dos próprios pais.

TABELA 2: Distribuição dos idosos por hábitos de vida: tabagismo, etilismo e drogadição e a ocorrência de complicações. Curitiba, 2007.

HÁBITOS DE VIDA		COMPLICAÇÕES				TOTAL	
		Não		Sim			
		n	%	n	%	n	%
Tabagismo	Tabagistas	17	29,4	41	70,6	58	46,8
	Não Tabagistas	23	34,9	43	65,1	66	53,2
Elitismo	Elitistas	6	18,0	26	81,0	32	25,8
	Não Elitistas	34	37,0	58	63,0	92	74,2
Drogadição	Não drogaditos	-	-	-	-	124	100,00
TOTAL		40	-	84	-	124	100,00

Verifica-se na tabela 2 que 58 (46,8%) idosos declararam-se fumantes por algum período de suas vidas, tendo abandonado o vício há alguns anos ou permanecendo até a realização da cirurgia; 66 (53,2%) declararam nunca terem sido fumantes. Quanto ao etilismo, 32 (25,8%) de idosos declararam-se consumidores freqüentes de bebida alcoólica por longo período de suas vidas e alguns relataram ter abandonado o hábito, enquanto que outros permaneceram até a realização da cirurgia; 92 (74,2%) afirmaram nunca terem sido etilistas; dos investigados nenhum declarou-se drogadito. Despertou a atenção o alto número de tabagistas e etilistas no grupo de idosos investigados, justificando a preocupação dos serviços de saúde em abordar o assunto com seriedade visto a relação deste com os agravos de saúde da população em geral, especificamente nos idosos.

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde como o fator de risco evitável mais importante para morbidade e mortalidade. Estima-se que apesar da divulgação contínua sobre os malefícios que o cigarro provoca, 1/5 da população mundial seja composta por fumantes e que 100 mil mortes/ano estejam diretamente relacionadas ao consumo do tabaco (OMS, 2005)..

Considerando o tabagismo e o etilismo como fatores de risco cirúrgico, apresenta-se na tabela 2 a maior ocorrência de complicações nos tabagistas (70,6%), se comparados aos não

tabagistas (65,1%); e etilistas com percentual maior de complicações gerais (81%) se comparados aos não etilistas (63%).

Para (2005) mesmo na ausência de doença pulmonar estabelecida, o tabagismo aumenta os riscos de complicações pulmonares pós-operatórias e evidencia que cessar tabagismo pelo menos oito semanas antes do procedimento auxilia na redução dos riscos.

De acordo com Furtado (2002), as complicações pulmonares pós-operatórias são 2 a 6 vezes mais freqüentes em pacientes que fumam em relação a não-fumantes.

Enfoque de Black e Matassarini-Jacobs (1996) associa o tabagismo e a drogadição em pacientes com o aumento do risco cirúrgico, podendo reduzir níveis de hemoglobina e da quantidade disponível para o reparo tecidual, aumentando a suscetibilidade à formação de trombos devido à hipercoagulabilidade do sangue e o maior índice de arteriosclerose. Os fumantes também são mais propensos a apresentar lesão do tecido pulmonar como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e bronquite crônica.

Estudo de Funchal *et al.* (2005) sobre os rituais vivenciados pelo corpo fumante, enfoca o tabagismo sob um olhar filosófico e antropológico. Enfatizando que os profissionais de saúde precisam entender os significados do ato de fumar, para auxiliar de maneira adequada aos que buscam ajuda para abandonar o vício. Ressaltam ainda que se faz necessária melhoria da capacitação dos profissionais de saúde neste sentido.

As diretrizes para o envelhecimento saudável segundo (WHO, 2005) incluem o tabagismo como foco de ataque para a promoção do envelhecimento saudável, ressaltando o investimento em capacitação profissional e ajuda às pessoas mais velhas para abandonar o vício e a implementação de controles para a comercialização e o uso de produtos derivados do tabaco.

TABELA 3: Distribuição do número de doenças crônicas adquiridas. Curitiba, 2007.

DOENÇAS CRÔNICAS	TOTAL	
	n*	%
Hipertensão arterial sistêmica	77	35,6
Diabetes melito	29	13,4
Cardiopatias	28	13,0
DPOC	22	10,2
Neoplasias	22	10,2
Demência	3	1,4
Outra doença crônica	35	16,2
Total	216	100
Média por paciente	1,74	

*O percentual foi distribuído pelo total de doenças registradas = 216

Evidencia-se na tabela 3 que a doença crônica de maior prevalência identificada foi hipertensão arterial sistêmica, encontrada em 77 idosos. Considerando a amostra dos pacientes do estudo (124), encontra-se uma incidência de 62%, que são dados próximos aos de Carvalho Filho (2005, p. 637) ao relatar a frequência de 60% de hipertensão arterial sistêmica em indivíduos com mais de 65 anos de idade. Sabe-se que essa é doença crônica que mais acomete a população adulta e idosa mundialmente, podendo ser considerada uma “epidemia”.

O diabetes melito foi identificado em 29 idosos; a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), as cardiopatias e as neoplasias foram diagnosticadas em 22 (10,2%) idosos para cada patologia; ainda 35 (16,2%) apresentavam outras doenças crônicas dentre as quais incluíam-se o hipotireoidismo, depressão e síndrome de pânico, obesidade mórbida dentre outras com menor incidência. As doenças crônicas em idosos são fatores de risco para a realização de cirurgias, portanto o diagnóstico, tratamento e estabilização do quadro clínico são relevantes para prevenção de complicações em todo o período perioperatório.

A redução de custos e de sofrimentos preconizados pelo cuidado gerontológico, na construção do envelhecimento pautado em atitudes saudáveis e adquiridas durante o curso de vida, pode ser o caminho para se chegar a velhice com o menor número possível de comorbidades e ônus menores aos serviços públicos de saúde.

Para o idoso em situação cirúrgica Black e Matassarini-Jacobs (1996) ressalta que o diabetes melito predispõe à infecção, à cicatrização tecidual deficiente e a variações da glicemia, mais profundas que o habitual. As complicações cardiovasculares e renais igualmente

aumentam o risco cirúrgico do cliente com diabetes; pacientes com o diabetes controlado têm propensão a responder melhor a cirurgia.

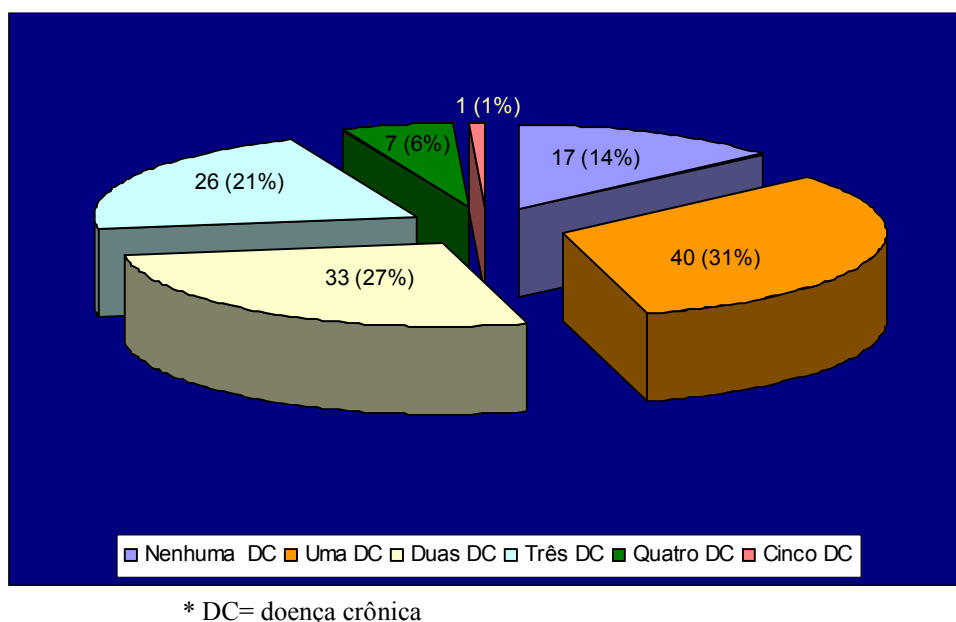
As neoplasias apareceram como a quarta doença crônica de maior frequência nos idosos pesquisados. Conforme Mendonça e Teixeira (1995), no Brasil, o câncer é a segunda causa de morte por doença, só superado pelas doenças cardiovasculares. Fatores como a urbanização, a industrialização e o aumento da expectativa de vida, contribuem para o aparecimento de um maior número de casos de doenças, entre elas o câncer. Ele atinge predominantemente indivíduos de faixas etárias mais idosas e torna-se um sério problema de saúde para este estrato da população. Acima dos 50 anos de idade, a incidência de câncer é mais elevada entre as mulheres, ao passo que após os 60 anos ela aumenta entre os homens.

Pesquisa de Paes (2000) investigando a mortalidade por causas dos idosos no Brasil, refere que a mortalidade adulta por câncer de estômago entre 1980-1991, apresentou uma menor representatividade e uma diminuição no período. Essa tendência de redução tem sido descrita em diversos países desenvolvidos e investigações epidemiológicas sugerem estar mais relacionados a mudanças de alguns hábitos alimentares e a progressiva substituição de antigos processos de conservação dos alimentos pela refrigeração. A Neoplasia *Maligna do Cólon* apareceu na população idosa como uma importante causa de óbito, fato não verificado entre os adultos (10 a 64 anos), ocorrendo uma tendência geral de acréscimo na mortalidade por essa categoria de neoplasia para ambos os sexos. Assim como verificado para a população adulta, os cânceres ginecológicos apresentaram um papel de destaque na mortalidade idosa por doença neoplásica.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) apresentou uma frequência de 22 (17,7%) dos idosos investigados. Com relação ao risco cirúrgico por pacientes idosos portadores de doença pulmonar grave, (2005, p. 203) ressalta que nesse grupo “o risco de complicações pulmonares pós-operatórias é cerca de quatro a seis vezes maior”.

Nos pacientes cujas cirurgias foram realizadas em caráter de emergência, a avaliação detalhada foi prejudicada, pois nem sempre o idoso em situação de emergência pode informar com segurança seu histórico clínico. Ainda pode não se encontrar acompanhado por pessoa próxima, que saiba relatar com fidedignidade as doenças pré-existentes. Portanto, os dados relativos à ausência de doenças crônicas podem ter sido subestimados e supõe-se que uma investigação com a coleta de dados primários poderia apresentar percentuais maiores para a presença de doenças crônicas.

GRÁFICO 1: Distribuição dos idosos quanto ao número de doenças crônicas associadas. Curitiba, 2007.



Evidencia-se no gráfico 1, que 107 (86,3,1%) idosos apresentavam doenças crônicas pré-existent; 40 (31%) referia pelo menos uma doença crônica associada; 33 (27%) duas doenças crônicas associadas; 26 (21%) três doenças crônicas associadas; 7 (6%) quatro doenças crônicas associadas; e um idoso (0,8%) apresentava cinco doenças crônicas associadas.

Dentre os 124 idosos deste estudo, 17 (14%) idosos chegaram a idades avançadas sem doença crônica diagnosticada. O envelhecimento e a cronicidade, segundo Papaléo Netto e Salles (2001, p.1) são fatores que podem estar interligados, já que em décadas anteriores isso não era possível, pois a população apresentava uma sobrevida reduzida em decorrência das infecções e de um sistema de saúde que não permitia um envelhecimento populacional.

As alterações provocadas pelo processo de envelhecimento tornam o idoso mais susceptível às doenças como: o diabetes melito, hipertensão arterial, glomerulonefrite crônica, pielonefrite, da mesma forma as lesões hereditárias, rim policístico, distúrbio vasculares e infecções. Sabe-se que no idoso as multipatologias são mais frequentes, mas com orientação e cuidados adequados é possível manter a qualidade de vida e a saúde.

De acordo com (2005), “nas pessoas com mais de 65 anos, apenas 20% não tem problemas associados e cerca de 30% têm mais do que três diagnósticos de doenças crônicas.

TABELA 4 – Distribuição dos idosos quanto às doenças crônicas e existência de complicações. Curitiba, 2007.

DOENÇAS CRÔNICAS	COMPLICAÇÕES				TOTAL	
	Não		Sim		n	%
	n	%	n	%		
Doenças Crônicas ausentes	6	35,3	11	64,7	17	13,7
Doenças Crônicas presentes	34	31,8	73	68,2	107	86,3
TOTAL	40	-	84	-	124	100,00

Evidencia-se na tabela 4 que os idosos com doenças crônicas apresentaram discreto aumento para as complicações gerais 68,2% diante daqueles sem doença crônica 64,7%. Esse dado não corrobora com os achados na literatura atual, mas por serem dados de origem secundária cogita-se a possibilidade de falhas nos registros ou mesmo o desconhecimento do idoso ao informar suas doenças, ainda a dificuldade em realizar diagnósticos amplos na situação de emergência.

Dos 124 idosos investigados, 107 (86,2%) deles apresentaram pelo menos uma doença crônica pré-existente. A hipertensão arterial citada anteriormente como de maior incidência nos idosos do estudo, durante o ato cirúrgico pode causar maior sangramento e segundo Carvalho Filho (2005) precipitar isquemia miocárdica, arritmias e insuficiência cardíaca, enfatizando a necessidade de se manter a terapêutica anti-hipertensiva durante o período pós-operatório, reduzindo o risco de manifestações de crises hipertensivas nos períodos intra e pós-operatório.

TABELA 5: Distribuição dos registros de exames laboratoriais pré-operatórios por paciente. Curitiba, 2007.

TIPO DE EXAME LABORATORIAL	n	%
Hematócrito	111	89,5
Creatinina	109	87,9
Hemoglobina	107	86,3
Glicemia de Jejum	106	85,5
Plaquetas	104	83,9
Potássio	104	83,9
Sódio	101	81,5
Leucócitos	69	55,6

* distribuição percentual dos exames laboratoriais foi realizada pelo total de pacientes e não total de exames realizados.

Observa-se na tabela 5 que a contagem de leucócitos apresentou menor registro de realização 69 (55,6%) considerando-se os 124 idosos do estudo; equilíbrio eletrolítico do sódio 101 (81,5%); potássio 104 (83,9%) e coagulação sanguínea 104 (83,9%). Os exames realizados em percentual maior de pacientes foram o hematócrito 111 (89,5%), creatinina 109 (87,9%), hemoglobina 107 (86,3%) e hemoglobina 107 (86,3%).

A maioria dos pacientes apresentavam resultados de exames anteriores ao internamento, no entanto alguns hospitalizados em caráter de emergência, não foram submetidos a exames pré-operatórios conforme preconizado. Os protocolos do serviço para cirurgias de emergência, incluem avaliações dos riscos para o paciente, a urgência da intervenção e a avaliação do estado geral do paciente. O tempo que antecede a decisão para realização da cirurgia é considerado fator importante quando envolve situações de emergência com idosos, podendo ser um grande aliado se utilizado racionalmente.

As recomendações dos protocolos para exames clínicos pré-cirúrgicos incluem o hemograma completo para avaliar qualquer infecção ou anemia; glicemia de jejum para rastreamento do diabetes, os eletrólitos como uréia e creatinina para determinar o risco de arritmias cardíacas e insuficiência renal pós-operatória, o grupo sanguíneo, fator Rh e teste de coagulabilidade sanguínea para detectar distúrbios da coagulação do sangue, conseqüentemente risco de hemorragia e choque hipovolêmico durante e após a cirurgia. As radiografias de tórax para rastrear a doença pulmonar e eletrocardiograma para detectar

isquemia ou arritmia. Nas cirurgias abdominais acrescentam-se a estes os exames de urina e fezes (JOHNSON, 2001).

Em cirurgias eletivas a investigação atenta dos exames laboratoriais no período pré-operatório pode e deve ser utilizada para se proceder as correções necessárias a fim de promover o equilíbrio funcional do idoso antes da cirurgia.

De acordo com Sitta, Lapa e Machado (2005) a avaliação pré-operatória procura identificar e quantificar os possíveis fatores de risco para promover intervenções de normalização ou controle das disfunções, preparando o idoso para melhor enfrentar o estresse do evento cirúrgico. Atenção especial a história do idoso, freqüentemente mais extensa e com maiores detalhes que em outros pacientes, ao exame físico e exames laboratoriais básicos auxiliam a predizer com certa segurança os riscos perioperatórios.

No idoso, apenas os exames laboratoriais não são suficientes para identificar riscos e deficiências, sendo necessário associar outros recursos. Os serviços de geriatria recomendam a inserção da avaliação global do idoso como um recurso poderoso para identificar problemas e reduzir riscos em procedimentos cirúrgicos. Segundo Moraes (2008, p. 64):

a avaliação multidimensional do idoso é a sistematização desse “novo olhar”, a partir do qual se pode valorizar e “enxergar” os problemas biopsicossociais trazidos pelo paciente e sua família, apontando um plano de cuidados capaz de recuperar ou manter a sua autonomia e independência, tendo em mente que “sempre é possível melhorar alguma coisa” mesmo que isso signifique, pelo menos, “não piorar a vida desse idoso.

5.2.2 Características dos registros da cirurgia e dos fatores de risco associados às complicações e óbitos

Apresentam-se a seguir os achados referentes aos fatores de risco para realização das cirurgias, que incluem: tipo de cirurgia, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, caráter da anestesia, avaliação do risco A.S.A., medicações utilizadas no período pós-operatório e relações destas informações com as complicações gerais.

TABELA 6: Distribuição dos idosos referente ao tipo de cirurgia realizada. Curitiba, 2007.

TIPO DE CIRURGIA	n	%
Cirurgia intestinal/gástrica	38	30,6
Colecistectomia por vídeo	29	23,4
Herniorrafia	29	23,4
Laparotomia exploratória	10	8,1
Cirurgia múltipla	8	6,5
Colecistectomia convencional	4	3,2
Outras	6	4,8
Total	124	100

Evidencia-se na tabela 6 maior incidência para as cirurgias intestinais e gástricas em 38 (30,6%) dos idosos; a colecistectomia por videolaparoscopia obteve percentual de 29 (23,4%) e as herniorrafias em 29 (23,4%) o que são coerentes com os achados na literatura pertinentes as cirurgias abdominais.

As cirurgias são mais freqüentes em idosos do que em pessoas mais jovens (136 procedimentos por 100.000 dos 40 a 60 anos contra 190 por 100.000 acima de 65 anos). As doenças cirúrgicas mais freqüentemente operadas são as hérnias inguinais, a doença diverticular dos cólons e as afecções biliares com doença coledocociana. As hérnias ínguino-crurais, nessa faixa etária, são muito incidentes. Em idosos com idade entre 61 e 90 anos, as hérnias oblíquas externas representam 23,3% e as diretas, 33,4% da casuística geral. Entre as doenças gastroduodenais predomina o câncer gástrico. Há também incidência relativamente elevada de úlceras pépticas, admitindo-se que as localizadas no estômago constituam 85% das úlceras operadas em doentes com mais de 75 anos (SITTA; LAPA; MACHADO, 2005).

Referindo-se as cirurgias com técnica de videocirurgia em idosos, Speranzini e Deutsch (2005) enfocam que se configura em uma técnica segura para o paciente idoso por utilizar menor via de acesso, trauma cirúrgico limitado, menor dor no pós-operatório e retorno precoce às atividades. Atribuem-se estas possibilidades ao desenvolvimento tecnológico e ao conhecimento da fisiopatologia do pneumoperitônio e de sua interação com os mecanismos de homeostase.

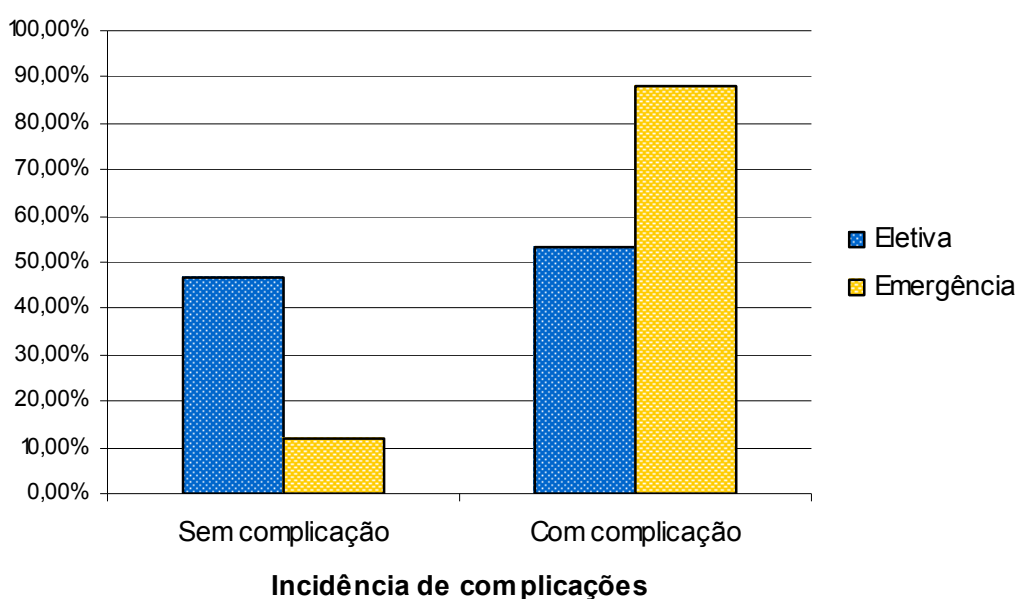
Estudo de Mendoza (2006) identificou a prevalência de cirurgias abdominais em idosos, se comparados às cirurgias ortopédicas e de outros tipos. Dentre as cirurgias

abdominais, evidenciadas no estudo do autor *op cit* as de maior ocorrência foram as colecistectomias, coledocotomias, gastrectomias, colectomias, esplenectomias e hepatotectomias.

Outros tipos de cirurgias, como as cardíacas, torácicas ou ortopédicas são realizadas freqüentemente no paciente idoso. As abdominais de grande porte estão aumentando a cada ano, e sua incidência está relacionada diretamente com o avançar da idade, apresentando uma prevalência global de 36,8% e com distribuição em ambos sexos (Walton *et al.*, Malheiros *et al.*, McGory *et al.* *apud* MENDOZA, 2006).

As herniorrafias apresentaram incidência de (23,4%) nos idosos investigados, diferindo dos achados Proenza *et al.* (2001) que encontraram em seu estudo ocorrências de 31,62% cirurgias de hérnias em idosos.

GRÁFICO 2: Distribuição do caráter de realização da cirurgia e incidência de complicações. Curitiba, 2007.



Do total de 124 idosos 73 (58,9%) deles foram submetidos a cirurgias em caráter eletivo, enquanto que em caráter de emergência totalizaram 51 (41,1%). Ressalta-se que os idosos submetidos a procedimentos em caráter de emergência apresentaram incidência substancialmente maior de complicações 45 (88,2%) se comparados aos eletivos 39 (53%). Dos 15 (100%) idosos que foram a óbito, 12 (80%) foram operados em situação de emergência corroborando com os achados na literatura.

Tratando da mortalidade Speranzini e Deutsch (2005) salientam que em metade dos idosos acima de 65 anos submetidos a cirurgias, 50% ocorrem em situação de emergência, que evoluem para o óbito em 75% dos casos.

De acordo com os autores *op cit* os procedimentos cirúrgicos realizados em situação de emergência acarretam maiores índices de complicações, dentre elas as que ocorrem com maior frequência no grupo de emergências são as pulmonares, cardiovasculares e infecciosas, as infecções de parede abdominal, deiscências e fístulas.

Conforme Johnson (2001, p. 401):

independente da operação, pacientes que se submetem a procedimentos de urgência ou de emergência (procedimentos que têm de ser realizados dentro de 24 horas em uma admissão não programada) apresentam um risco aumentado de resultados adversos que pode ser 2 a 4 vezes maior que nos pacientes que foram submetidos eletivamente ao mesmo procedimento.

Estudos realizados por Proenza *et al.* (2001) relatam que quanto maior a idade, aumenta-se a probabilidade de intervenções de urgência, o que acarreta um elevado índice de complicações e óbitos. Portanto os esforços devem ser realizados no sentido de detectar as enfermidades cirúrgicas em idosos e tratá-las de forma programada para se obter melhores resultados.

TABELA 7: Distribuição dos idosos conforme as características da cirurgia: grau asa, duração, tipo de anestesia e as complicações gerais. Curitiba, 2007.

CARACTERÍSTICAS DA CIRURGIA		COMPLICAÇÕES				TOTAL	
		Não		Sim			
		n	%	n	%	n	%
Grau ASA	Não Avaliados	5	22,7	17	77,3	22	
	ASA I	3	60,0	2	40,0	5	
	ASA II	24	46,2	28	53,8	52	
	ASA III	8	19,5	33	80,5	41	
	ASA IV	0	0,0	4	100,0	4	
Duração da cirurgia	Até 60 minutos	17	58,6	12	41,4	29	23,5
	61 a 120 minutos	14	35,9	25	64,1	39	31,5
	121 a 180 minutos	9	29,0	22	71,0	31	25,0
	181 a 240 minutos	0	0,0	19	100,0	19	15,0
	Acima de 240 minutos	0	0,0	6	100,0	6	5,0
Tipo Anestesia	Geral	15	21,4	55	78,6	70	56,5
	Peridural	2	50,0	2	50,0	4	3,2
	Raquidiana	23	63,8	13	36,2	36	29,0
	Geral + Peridural	0	0,0	10	100,0	10	8,1
	Geral + Raquidiana	0	0,0	4	100,0	4	3,2
TOTAL		40	-	84	-	124	100,00

Observa-se na tabela 7 que na avaliação de risco cirúrgico ASA, 52 (42%) dos idosos foram classificados como ASA II (risco intermediário); 41 (33%) deles como ASA III (alto risco); 22 (17,7 %) dos idosos não foram submetidos a avaliação de risco cirúrgico ocasionados pela urgência de suas afecções, sendo encaminhados para cirurgia sem avaliação adequada, distanciando-se, portanto do ideal.

As escalas de avaliação de risco cirúrgicos são utilizadas como estratégias para reduzir os riscos de complicações do paciente idoso, como preditores de risco global. Na instituição em que o estudo foi realizado utiliza-se a escala do risco cirúrgico da American Society of Anesthesiology (ASA, 1998), que considera o risco de mortalidade geral de acordo com a idade e o status de doença sistêmica associada.

No que concerne aos anestésicos, a incidência de complicações evidenciou correspondência com a anestesia geral e tempo de duração do procedimento. Verifica-se que a maioria dos pacientes 70 (56,4%) foi submetida à anestesia geral, e somando a esta as

anestésias combinadas, a anestesia geral associada a peridural 10 (8,2%) e geral associada à raquidiana 04 (3,2%), totalizou 84 (67,8%).

A maioria dos anestésicos gerais é depressora miocárdica e segundo Carvalho Filho, (2005, p. 633,) “[...] reduz a resistência vascular periférica determinando queda da pressão arterial. Para manutenção do débito cardíaco, mecanismos do organismo aumentam a frequência cardíaca elevando a necessidade de oxigênio”.

A anestesia geral é considerada mais complexa que os outros tipos de anestesia e a sua incidência encontrada nos dados demonstra que foi amplamente utilizada em virtude da necessidade. Estudos de Pessaux (2000) e Nishida (2000) da mesma forma encontraram a maior frequência de anestesia geral.

A anestesia raquidiana foi utilizada em 36 (29%) dos idosos. Segundo Carvalho Filho, (2005, p. 633) “a anestesia raquidiana causa bloqueio do sistema nervoso simpático, com redução da resistência arteriolar periférica e dilatação venosa, determinando como consequência queda da pressão arterial e da pré-carga cardíaca”.

Considera-se que a anestesia geral pode apresentar maiores benefícios quando comparada a outras técnicas anestésicas no idoso, como por exemplo, na dificuldade em se localizar o espaço epidural ou subaracnóideo em consequência da deformidade espinhal freqüente nos idosos. No entanto, a anestesia segmentar ou a redução das doses de anestésicos estão associadas a redução de mortalidade no período pós-operatório e de complicações por trombose venosa profunda, redução da hipotensão e isquemia de miocárdio e de complicações respiratórias. (Samain *et al. apud* MENDOZA, 2006).

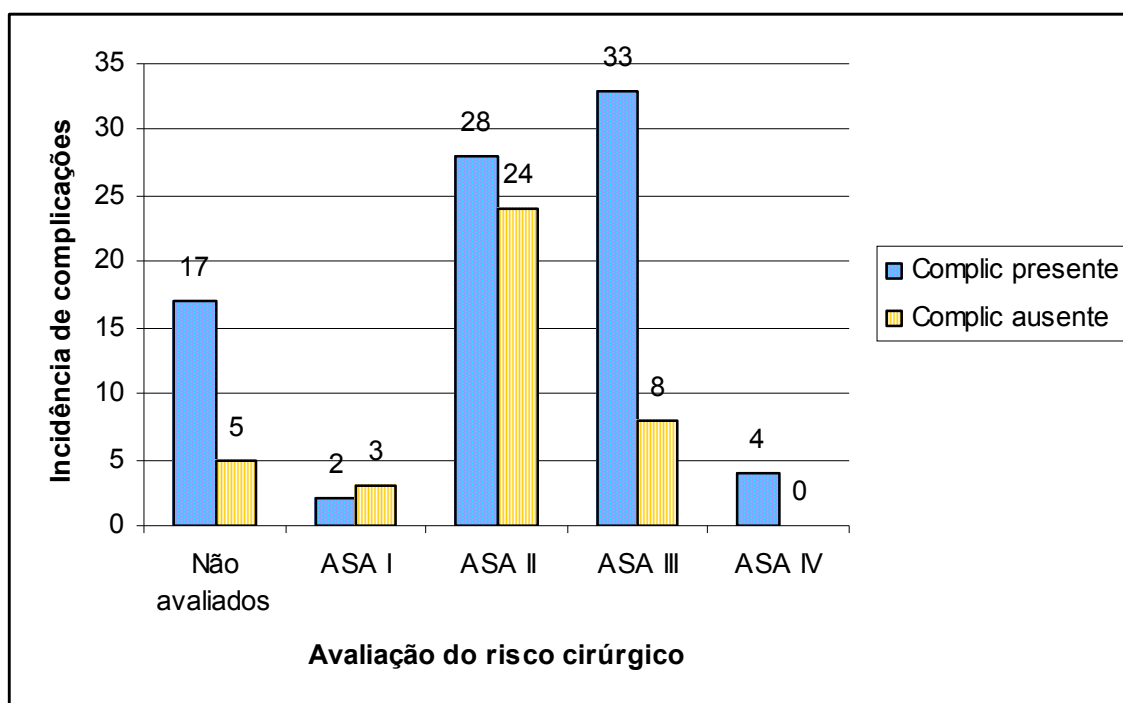
Verifica-se na tabela 7 que os idosos submetidos à cirurgia em tempo inferior a 60 minutos (grau de complexidade menores) foram 29 (23,5%); nas cirurgias até 120 minutos (grau de complexidade média), 39 (31,5%) idosos e destes 64,1 % apresentaram complicações no pós-operatório. Naqueles em que o tempo de cirurgia foi superior a 180 minutos, todos, 25 (20%) evidenciaram complicações. As cirurgias que demandaram maior tempo de execução foram igualmente as mais complexas aumentando os riscos de complicações para os idosos.

Quanto ao tempo cirúrgico nenhum paciente que foi a óbito realizou cirurgia em tempo inferior ou igual a 60 minutos; 6 deles realizaram cirurgia de 61 a 120 minutos; 4 de 121 a 180; 3 de 181 a 240 e 2 de 241 a 380 minutos.

As cirurgias que demandaram tempo prolongado evoluíram para complicações e foram associadas à maior incidência dos óbitos. Pode-se inferir portanto que a redução do tempo cirúrgico, pode estar associada a redução de incidência de complicações e sangramentos no período pós-operatório.

Em pacientes de idade avançada, as cirurgias com duração superior a duas horas acompanham-se de alta incidência de complicações, especialmente, respiratórias, renais e infecção da ferida. Cada hora adicional resulta em um acréscimo de 30% ou mais no índice de complicações pós-operatórias. A fragilidade do idoso não permite que se perca tempo com indecisões, discussão, descontrole emocional e insegurança no ato operatório (PAPALÉO NETTO e SALLES, 2001).

GRÁFICO 3 – Associação entre o grau asa e a incidência de complicações no período pós-operatório. Curitiba, 2007.



Evidencia-se no gráfico 3 a classificação dos idosos investigados conforme avaliação do risco cirúrgico ASA. A maioria dos idosos 52 (42%) foram classificados com o grau ASA II (risco intermediário), 41 (33%) ASA III (alto risco) e 22 (18%) deles não foram submetidos a avaliação de risco cirúrgico.

Visualiza-se no gráfico 3 que todos os 4 (3%) idosos com avaliação de risco cirúrgico grau ASA IV apresentaram complicações no período pós-operatório (100%); os que tiveram avaliação grau ASA III apresentaram 80,4% de complicações; e os idosos que não foram avaliados evoluíram para 77,2% de complicações.

O escore proposto por ASA vem sendo amplamente utilizado para avaliar o estado físico do paciente frente ao procedimento cirúrgico, este instrumento é objetivo e confiável

para o idoso e importante aliado na avaliação pré-cirúrgica. Entende-se que não substitui a aplicação da avaliação global do idoso, recurso necessário e com melhores possibilidades de avaliar as condições integrais da pessoa idosa, mas pode ser um dos métodos de avaliação.

Sitta, Lapa e Machado (2005) relata a experiência do Grupo de Interconsultas do Serviço de Geriatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (GIG-Hcfmusp) em que baseados em evidências atuais utilizam escalas para reduzir riscos de complicações dos pacientes idosos. Recomendam a utilização da escala de risco da ASA, mas acompanhada de outras para avaliação do Índice de Risco Cardíaco, escala de avaliação do risco de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar, risco renal, risco pulmonar perioperatório, risco de *delirium* no perioperatório além de recomendar o exame físico detalhado e investimento nas orientações no pré-operatório. Desta maneira, entendem que os riscos podem ser diagnosticados e corrigidos antes da realização da cirurgia e consequentemente reduzem complicações.

A enfermagem, ao fazer parte integrante da equipe multidisciplinar de cuidado ao idoso pode atuar preventivamente no período pré-operatório auxiliando na redução dos riscos. Pode-se empregar o processo de enfermagem como instrumento do cuidado em todas as etapas do perioperatório. A consulta de enfermagem pode ser de grande valia na prevenção e correção dos fatores de risco.

QUADRO 1: Distribuição das medicações utilizadas pelos idosos no período pós-operatório. Curitiba, 2007.

MEDICAÇÃO	DISTRIBUIÇÃO	n*	%
Grupos de medicamentos	Analgésicos	118	95,2
	Antihemético	98	79,0
	Antiinflamatório	78	62,9
	Antimicrobianos	61	49,2
	Antihipertensivos	53	42,7
	Antiplaquetários	40	32,3
	Broncodilatadores	20	16,1
	Ansiolíticos	14	11,3
	Antiglicemiantes orais ou injetáveis	5	4,0
	Sem nenhum registro	4	3,22
	Cardiotônicos	3	2,41
TOTAL		494	100
		n**	%
Uso de medicações associadas	Nenhuma medicação	3	2,4
	1 medicação	5	4,0
	2 medicações	9	7,3
	3 medicações	30	24,2
	4 medicações	32	25,8
	5 medicações	24	19,4
	6 medicações	17	13,7
	7 medicações	4	3,2
TOTAL		124	100

*percentual distribuído pelo número total de prescrições = 494.

**percentual distribuído pelo número total de idosos = 124.

Visualiza-se no quadro 1 que os analgésicos representaram o grupo de medicamentos de maior frequência nas prescrições consultadas contemplando o período pós-operatório em 118 (95,2%) registros dos idosos. O procedimento cirúrgico desencadeia processos algícos com possibilidades de reversão ou redução pela utilização de analgésicos. Os antieméticos apresentaram a segunda maior incidência em 98 (79%) idosos. Os sintomas de náuseas e vômitos são frequentes em período pós-operatório imediato, a medicação auxilia reduzindo os sintomas desagradáveis que debilitam ainda mais os idosos no pós-operatório. As náuseas acentuam a dor da ferida operatória, que pode ser desencadeada pelo esforço físico involuntário que o evento provoca.

Do total de 124 prontuários em 4 deles não foram evidenciados registros de prescrição de medicamentos no período pós-operatório.

Os antimicrobianos foram utilizados por 61 (49,2%) investigados. O uso de antimicrobianos pelos idosos do estudo, muitas vezes foi utilizado de maneira preventiva, no período pré-cirúrgico, conduta aceitável e praticada em cirurgias potencialmente contaminadas e com risco de desenvolvimento de infecções posteriores. Para Carvalho Filho (p. 642, 2005) “em idosos é conveniente administrar, profilaticamente, um antibiótico 30 minutos antes do início da cirurgia. Caso o ato cirúrgico dure mais de duas horas, deve-se administrar uma dose adicional, e deve-se manter a terapêutica antibiótica no pós-operatório, pelo menos, dois dias”.

O aparecimento das doenças no idoso gera a conseqüente necessidade de utilização de medicações para o tratamento destas patologias. As medicações de uso crônico, associadas às exigências do procedimento cirúrgico aumentam consideravelmente a quantidade de medicações utilizadas neste período.

Durante a hospitalização o número de drogas prescritas aumenta com a idade e com o tempo de permanência, de modo que uma avaliação contínua da possibilidade de interações com antibióticos e outros agentes deve ser contínua.

Com o progredir da idade os indivíduos passam a consumir uma quantidade maior de medicamentos, denominada polifarmácia. Evidencia-se que os indivíduos com 65 anos ou mais consomem mais de um terço das drogas prescritas para toda a população. A frequência de iatrogenia medicamentosa aumenta exponencialmente com o número de drogas utilizadas, indicando que o efeitos das drogas não é simplesmente aditivo (NOLAN e O'MAILLEY, 1988).

A associação de um número maior de drogas segundo Fleming (2001, p. 564):

pode estar relacionada à gravidade das enfermidades necessárias para estabilizar o quadro dos idosos que estão em fase de processos cirúrgicos. A idade avançada, o sexo feminino, o baixo peso corporal, a insuficiência renal ou hepática, a polifarmácia e uma história de reação a drogas estão todos associados com o risco aumentado de reações adversas

Aponta-se no quadro 1 a quantidade de medicações recebidas simultaneamente pelos idosos, destaca-se o grupo com 04 medicações 32 (25,8%), 3 medicações associadas 30 (24,2%) e 05 medicações 24 (19,4%).

Segundo Blanski e Lenardt (2005) afirmam:

o vasto universo de medicamentos lançados a cada ano, não garante maior benefício ao paciente, pois junto com as vantagens das possibilidades terapêuticas surge o risco de efeitos indesejados, interações medicamentosas e cronicidade dos problemas de saúde, provocados em sua maioria pela falta de entendimento das informações repassadas acerca da terapêutica medicamentosa.

As autoras *op cit* enfatizam a importância de que os profissionais diretamente envolvidos com o medicamento e o idoso participem de forma mais efetiva e compromissada com esses usuários, por meio de práticas educativas em linguagem acessível à compreensão do idoso e de sua família.

TABELA 8: Associação entre tempo de internação e a incidência de complicações.
Curitiba, 2007.

TEMPO DE INTERNAÇÃO	COMPLICAÇÃO				TOTAL	
	Não		Sim			
	n	%	n	%		
De 0 a 4 dias	38	58,5	27	41,5	65	52,4
De 5 a 9 dias	0	0,00	26	100,0	26	21,1
De 10 a 14 dias	1	5,9	16	94,1	17	13,7
De 15 a 19 dias	1	12,5	7	87,5	8	6,4
Acima de 20 dias	0	0,00	8	100,0	8	6,4
TOTAL	40	-	84	-	124	100

Visualiza-se na tabela 8 que pacientes com períodos de internamento prolongados registraram maiores percentuais de complicações. Dos idosos que permaneceram internados por períodos mais breves 65 (52,4%) manifestaram algum tipo de complicação pós-operatória; dos internados por um período de 5 a 9 dias todos apresentaram complicações; de 10 a 14 dias 16 (94%) obtiveram registros de complicações; de 15 a 19 dias 87,5% e acima de vinte dias todos os idosos evidenciaram complicações.

Ressalta-se que os riscos são proporcionalmente aumentados conforme o tempo de hospitalização, podendo ser a hospitalização originada pelo aparecimento de complicação relacionada direta ou indiretamente ao procedimento cirúrgico. A hospitalização prolongada repercute no estado global do idoso interferindo no processo de convalescença. No entanto, entende-se que muitas vezes não é possível reduzir o tempo de permanência de hospitalização fato que pode ser originado por vários fatores, incluindo a ausência de um cuidador familiar no domicílio, necessidade de administração de medicamentos injetáveis, distúrbios endócrinos e outros tantos. Não se pode inferir portanto, somente na variável tempo de internação pela ocorrência de complicação e sim como fator de risco importante a ser considerado.

No serviço em que o estudo foi realizado preconiza-se a alta hospitalar precoce, no entanto a realidade vivenciada em hospitais públicos nem sempre são favoráveis a esta prática,

podendo o tempo de hospitalização ser aumentado em dependência de resultados de exames diagnósticos ou administração de medicamentos no pós-operatório que exijam hospitalização.

Infelizmente os serviços de apoio além muros do hospital ainda não se encontram sintonizados para trabalhar em equipe. É preciso encontrar alternativas viáveis dentro dos recursos municipais, estaduais e federais para levar cuidados complexos, de maneira segura e competente para o domicílio. Algumas iniciativas têm sido evidenciadas com os programas de saúde da família e em planos de saúde privados, no entanto ainda insipientes e insuficientes para a demanda da população.

QUADRO 2: Taxa dos óbitos ocorridos no período pós-operatório por faixa etária, sexo, caráter da cirurgia, tipo de cirurgia e grau asa. Curitiba, 2007.

CARACTERÍSTICAS DOS ÓBITOS	DESCRIÇÃO	N DE ÓBITOS POR CATEGORIA*	TOTAL DE IDOSOS POR CATEGORIA*	TAXA % DE MORTALIDADE
Óbitos por faixa etária	De 65 a 69 anos	6	45	13,3
	De 70 a 74 anos	4	47	8,5
	De 75 a 79 anos	2	21	9,5
	≥ 80 anos	3	11	27,2
Óbitos por sexo	Feminino	10	58	17,2
	Masculino	5	66	7,5
Óbitos por caráter da cirurgia	Eletiva	3	73	4,1
	Emergência	12	51	23,5
Óbitos por tipo de cirurgia	Laparotomias exploratória	4	10	40,0
	Colecistectomia	2	33	6,0
	Cirurgia intestinal/gástrica	7	38	18,4
	Herniorrafia + outra cirurgia	2	43	4,6
Óbitos e Grau ASA	Não avaliados para ASA	5	22	22,7
	ASA II	3	52	5,7
	ASA I	0	5	0
	ASA III	4	41	9,7
	ASA IV	3	4	75,0
TOTAL		15	124	12,0

- Entende-se categoria como sendo as subdivisões dos grupos de idosos.

Evidencia-se no quadro 2 que 15 (12%) do total de 124 idosos foram a óbito após o procedimento cirúrgico. Considera-se que algumas patologias com altos índices de mortalidade como as neoplasias intestinais e as outras patologias associadas contribuíram para ocorrência do óbito.

A taxa de mortalidade por faixa etária se apresentou maior para os idosos com idade igual ou acima de 80 anos representando 27%. Os óbitos para os de 65 a 70 anos, apresentou taxa de 13% maior quando comparados aos grupos imediatamente mais velhos. Entende-se portanto, que os idosos com idade entre 70 a 79 anos apresentaram taxas menores que a dos outros grupos. Portanto, no grupo de idosos pesquisados a idade avançada isoladamente não representou maior mortalidade para todos os grupos.

O gênero feminino (17%) apresentou taxa de mortalidade 9,5% maior que a do grupo masculino (7,5%).

A realização da cirurgia em caráter de emergência (23,5%) apresentou-se significativa se comparada ao grupo que realizou cirurgia em caráter eletivo (4%). A literatura gerontológica é incisiva em relatar o aumento de riscos de morbidade e mortalidade para procedimentos cirúrgicos de emergência em idosos, principalmente porque os procedimentos de correção dos fatores de risco associados como a presença de doenças crônicas e a estabilização do quadro clínico nem sempre podem ser realizados.

A técnica cirúrgica da laparotomia exploratória, utilizada em pacientes com abdome agudo e conseqüentemente de comportamento emergencial foi o tipo de cirurgia com a maior taxa de mortalidade (40%), seguida das cirurgias abdominais intestinais e gástricas com 18,4%. As colecistectomias por videolaparoscopia ou por técnica convencional foram identificadas em 6% dos óbitos. Dos pacientes submetidos a herniorrafias, caracterizadas frequentemente por serem procedimentos realizados de maneira eletiva apresentaram taxa de mortalidade menores com 4,6%.

Os pacientes que evoluíram para óbitos totalizaram 216 dias de internação hospitalar, com média de 14,4 dias por paciente, mínimo de 0 dias de internação e máximo de 49 dias. Dos 15 idosos que foram à óbito, 5 (33,3%) chegaram a ser reoperados por complicações da intervenção cirúrgica, 3 (20%) receberam alta hospitalar e foram reinternados em curto espaço de tempo (inferior a 10 dias) e 4 (26,6%) destes idosos foram encaminhados a UTI.

A ocorrência de óbitos em 15 (12%) é taxa de mortalidade superior ao referenciado pela literatura consultada. Entretanto, entende-se alguns fatores que poderiam se constituir em vieses da pesquisa precisam ser adequados para traçar comparações, além de se buscar os mesmos critérios de inclusão, exclusão, condições ambientais e sociais da população estudada.

A literatura traz algumas considerações sobre a mortalidade em cirurgias abdominais em idosos. Segundo Speranzini e Deutsch (2005, p. 658):

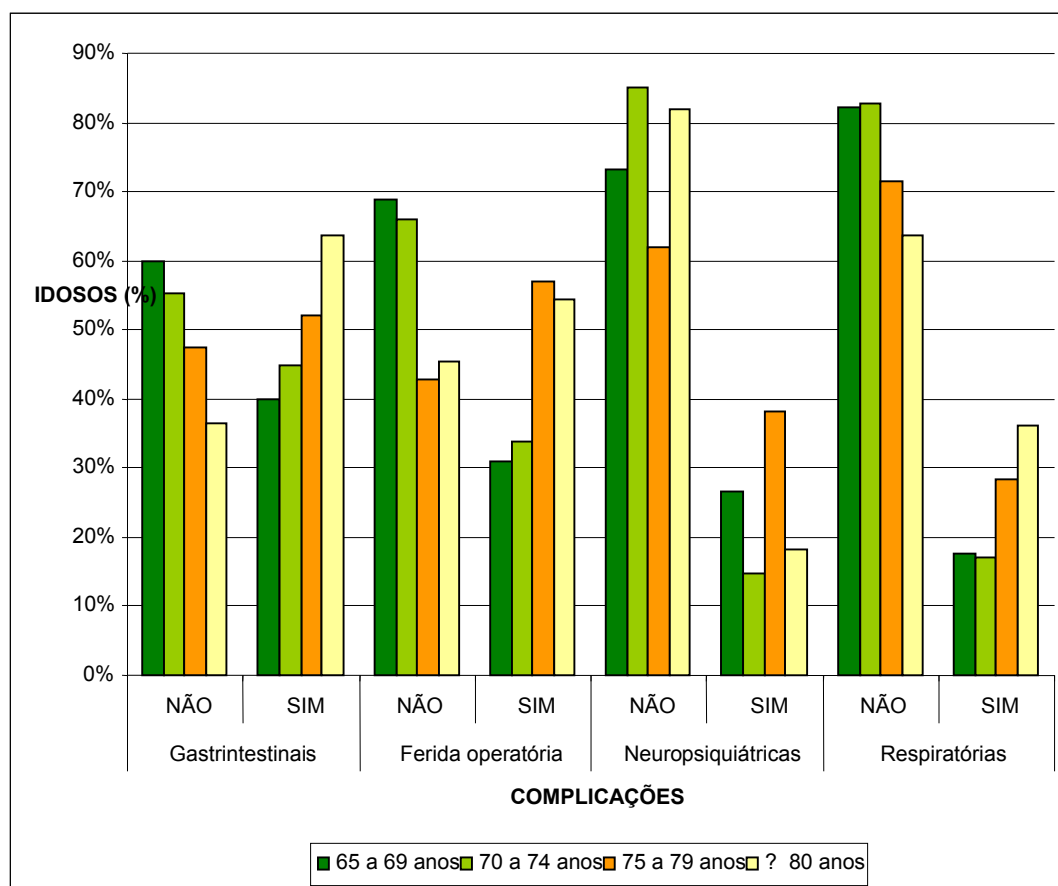
a mortalidade fica reduzida nas doenças benignas, nas operações das extremidades, na parede tóraco-abdominal ou fora das cavidades abdominal e

torácica. Por outro lado aumentam consideravelmente nas doenças neoplásicas, especialmente quando as operações são paliativas ou se resumem a simples biópsias ou, evidentemente, em afecções de difícil recuperação, como a trombose mesentérica extensa ou a peritonite estercorácea.

As taxas típicas de mortalidade pós-operatória de pacientes idosos submetidos a grandes cirurgias abdominais variam entre 3 e 5%, cerca de duas vezes naquelas de pacientes abaixo de 65 anos de idade (JOHNSON, 2001, p. 401).

De acordo com Speranzini e Deutsch (2005) o paciente idoso, aparentemente sadio, tolera bem a agressão cirúrgica, no entanto, complicações por vezes insignificantes podem evoluir de forma bastante grave. Deste modo, quando ocorre sangramento, deiscência de anastomose ou infecção intracavitária, o comprometimento sucessivo de órgãos vitais pode levar o doente ao óbito. Diferentes publicações enfatizam a falta de correlação evidente entre a morbidade ou a mortalidade e a idade cronológica, mas que se torna significativa com o tipo de doença e sua gravidade.

GRÁFICO 4 – Associação entre incidência de complicações gastrointestinais, de ferida operatória, neuropsiquiátricas e respiratórias por faixa etária. Curitiba, 2007.



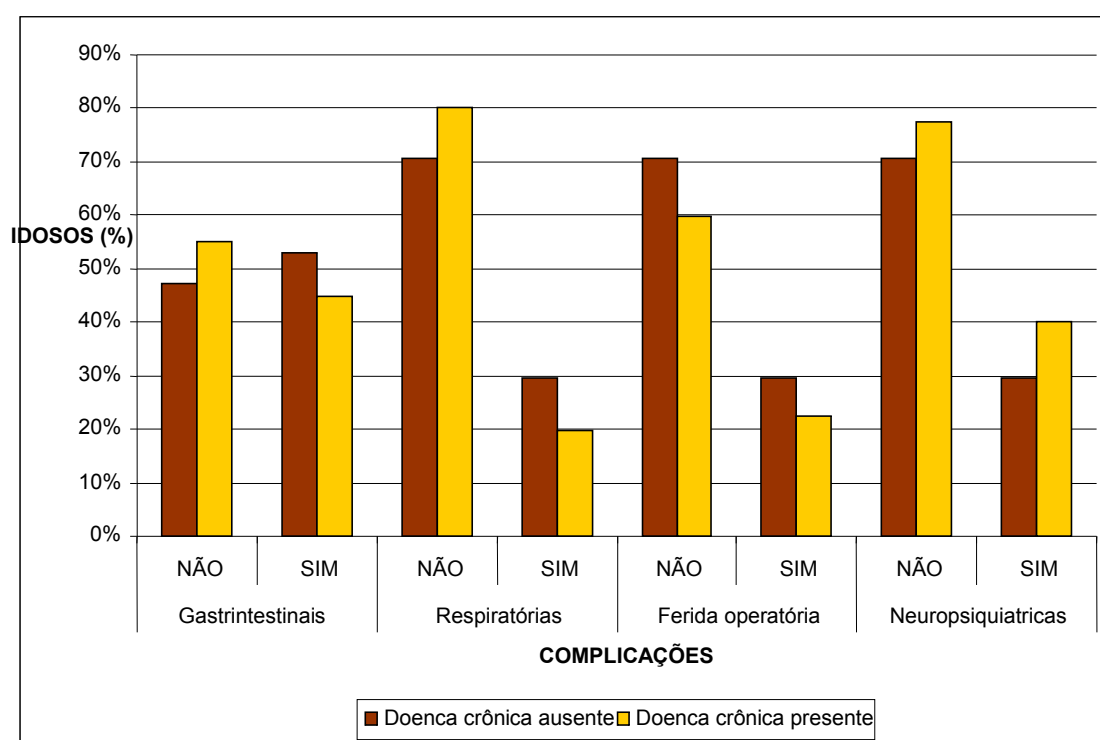
Evidenciam-se no gráfico 5 a relação das complicações gastrointestinais e idade em anos.

As complicações de ferida operatória evidenciadas tiveram prevalência nos idosos de 75 anos. Estes dados corroboram aos de Pessaux *et al* (2000) ao realizar estudos de procedimentos cirúrgicos de menor impacto, minimamente invasivos em idosos, utilizando dois grupos e como corte a idade (menores e maiores de 75 anos), relatou que os maiores de 75 anos apresentaram mais complicações quando comparados aos menores de 75 anos sendo as infecções de ferida operatória a mais comum.

As complicações neuropsiquiátricas não puderam ser associadas a aumento de incidência com o avanço da idade. A incidência entre as faixas etárias foram maiores para os idosos de 75 a 79 anos. Pode-se considerar que outros fatores como doenças crônicas associadas, inclusive as demências, deficiências funcionais, imobilidade, relações familiares e outros tenham influenciado o aparecimento das complicações neuropsiquiátricas.

As complicações respiratórias apresentaram incidência maior em idosos acima de 75 anos, mas há que se considerar que as faixas etárias abaixo de 75 anos constituíam-se de grupos com mais indivíduos o que não possibilita tecer outros comentários sobre o dado.

GRÁFICO 5 – Associação entre incidência de complicações gastrointestinais, de ferida operatória, neuropsiquiátricas e respiratórias e a presença de doença crônica. Curitiba, 2007.



Evidencia-se no gráfico 6 a associação das doenças crônicas às complicações e que não demonstraram relação de significância. A relação de maior proximidade entre complicações e doenças crônicas, pode ser observada com as do tipo neuropsiquiátricas. Quanto aos preditores de risco para aparecimento de complicações pós-operatórias no idoso, Johnson (2001) salienta que o diabetes e a aterosclerose afetando o coração, o cérebro ou as extremidades são comuns, embora certamente não restritos aos idosos. A mobilidade ou a tolerância ao exercício reduzido são preditores importantes inespecíficos no idoso, não apenas para consequências cardíacas adversas como para a mortalidade em geral.

O autor *op cit* cita ainda que a demência pode levar a desidratação e má nutrição, mas não foi investigado como fator de risco independente para a morte operatória ou para a

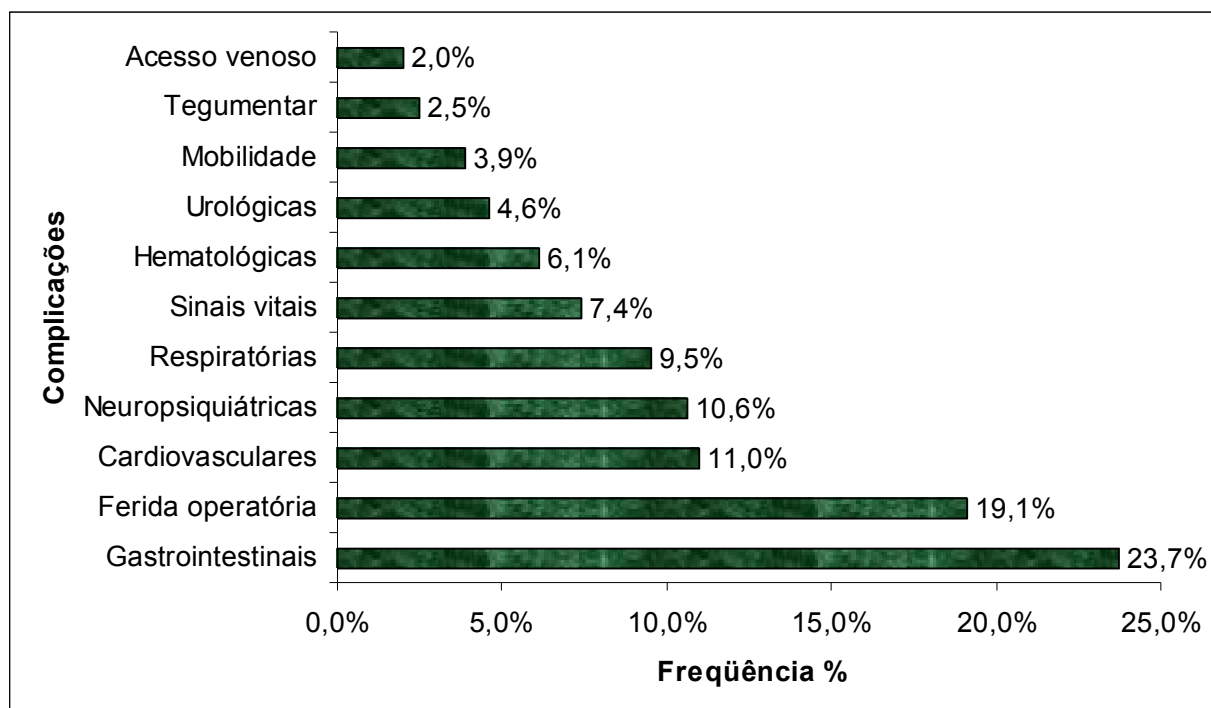
morbidade. Transtornos depressivos maiores ou o parkinsonismo, podem propiciar a ocorrência de quedas, pneumonia por aspiração e recuperação retardada.

5.2.3 Características dos registros das complicações cirúrgicas dos idosos no período pós-operatório

Conforme descrito na introdução do estudo, entende-se como complicações cirúrgicas os eventos ocorridos com o idoso no período pós-cirúrgico imediato e tardio, que efetivamente impliquem em dificultar a resolução dos impactos gerados pelo procedimento acarretando aumento de dias de internação, de novos procedimentos e de prescrição de medicações ou óbito.

Apresenta-se a seguir no gráfico 4 , as principais complicações identificadas no estudo. No quadro 3, evidenciam-se as distribuições das complicações no período pós-operatório por tipo e eventos ordenadas por ordem decrescente de incidência.

GRÁFICO 6 : Distribuição dos tipos de complicações pós-operatórias e porcentagem de ocorrência. Curitiba, 2007.



Observa-se no gráfico 6 que dos 124 idosos investigados, 84 (67,7%) deles apresentaram complicações no período pós-operatório imediato e tardio, enquanto 40 (32,3%) dos idosos não foram evidenciadas complicações. As complicações identificadas foram classificadas em: 1) **gastrointestinais**; 2) **ferida operatória**; 3) **cardiovasculares**; 5) **neuropsiquiátricas**; 5) **respiratórias**; 6) **sinais vitais**; 7) **hematológicas**; 8) **urológicas**; 9) **restrição de mobilidade**; 10) **tegumentares**; 11) **acesso venoso**. Foram evidenciados 436 eventos relacionados às complicações e frequentemente os idosos apresentaram um ou mais eventos.

QUADRO 3: Distribuição das complicações cirúrgicas pós-operatórias do idoso agrupadas por tipo e eventos. Curitiba, 2007.

COMPLICAÇÕES	TOTAL	
	n	%
1- Complicações gastrointestinais		
Náusea/vômito	33	7,5
Obstipação intestinal	15	3,4
Diarréia	14	3,2
Sepse	11	2,5
Distensão abdominal	9	2,0
Inapetência	7	1,6
Dor abdominal	7	1,6
Estase gástrica	5	1,2
Pirose	3	0,7
Sub-total	104	23,7
2- Complicações da ferida operatória		
Dor na ferida operatória	34	7,8
Secreção	19	4,4
Sangramento	8	1,8
Infecção	7	1,6
Hiperemia	5	1,2
Evisceração	4	0,9
Fístula/celulite	4	0,9
Deiscência de sutura	2	0,4
Sub-total	83	19,1
3- Complicações cardiovasculares		
Edema	15	3,5
Arritmia (taquicardia/bradicardia)	14	3,2
Parada Cardiorespiratória	11	2,4
Hipovolemia	5	1,2
Hemorragia	3	0,7
Sub-total	48	11,0
4- Alterações neuropsiquiátricas		
Alteração do padrão de sono	10	2,3
Ansiedade	9	2,0
Confusão mental	9	2,0
Apatia	8	1,8
Cefaléia	6	1,4
Agitação	5	1,2
Sub-total	47	10,6
5- Complicações respiratórias		
Dispnéia	29	6,7
Tosse	9	2,0
Pneumonia	2	0,4
Síndrome da Angústia Respiratória (SARA)	2	0,4
Sub-total	42	9,5
6- Alterações de sinais vitais		
Hipertensão	13	3,0
Hipotensão	10	2,2
Hipertermia	5	1,2
Taquipnéia	3	0,7
Hipotermia	2	0,4
Sub-total	33	7,4

7- Complicações hematológicas		
Anemia	13	3,0
Transfusão	12	2,7
Anafilaxia transfusional	2	0,4
Sub-total	27	6,1
8- Complicação urológicas		
Dificuldade de controlar esfíncter	6	1,4
Anúria	5	1,2
Hematúria	4	0,9
Globo vesical	3	0,7
Infecção	2	0,4
Total	20	4,6
9- Complicações de restrição de mobilidade		
Dificuldades de deambulação	10	2,3
Lombalgia	5	1,2
Queda	2	0,4
Sub-total	17	3,9
10- Complicações tegumentares		
Assadura	6	1,4
Úlcera de pressão	5	1,1
Sub-total	11	2,5
11- Complicações com o acesso venoso		
Fragilidade venosa	6	1,4
Instalação de acesso venoso central	2	0,4
Troca de acesso	1	0,2
Sub-total	9	2,0
TOTAL	436	100

Dada a importância destes resultados para o estudo decidiu-se discutir cada complicação pós-operatória separadamente.

5.3.2.1 Complicações gastrintestinais do idoso no período pós-operatório

As complicações gastrintestinais foram identificadas em 104 (23,7%) dos eventos e acometeram 57 (46%) dos idosos. A clínica de investigada realiza cirurgias do aparelho digestório, e a ocorrência de complicações gastrintestinais são esperados nesta unidade. Neste grupo os eventos de maior frequência foram relacionados às náuseas e vômitos 33 (7%), seguidos de obstipação intestinal 15 (3,1%), diarreia 14 (3,0%), sepse 11 (2,3%), distensão abdominal 9 (1,9%), inapetência 7 (1,5%), dor abdominal 7 (1,5%), estase gástrica 5 (1,0%) e pirose 3 (0,6%).

As náuseas e vômitos foram evidenciadas em 33 (26,6%) dos idosos. Estes sintomas são considerados extremamente desagradáveis pelos pacientes. De acordo com Lages *et al* (2005), são sintomas de grande incidência no período pós-anestésico e podem estar associados

a fatores diversos, como idade acima de 60 anos, sexo feminino, ansiedade, história prévia de náuseas e vômitos.

Segundo Petroianu & Pimenta (1998) a musculatura lisa digestiva do paciente idoso pode estar hipotrofiada, manifestando distúrbios de trânsito digestivo como a diarreia e a obstipação. As principais queixas são disfagia, empachamento epigástrico, desconforto no hipocôndrio direito e constipação; por outro ângulo a hipotonia da musculatura estriada dos pacientes mais idosos ou debilitados resulta em incontinência fecal, sendo que no período pós-operatório se encontram agravados. O autor *op cit* refere que em idosos não se devem esperar os sintomas usualmente encontrados em jovens, podendo se apresentar em período posterior. A presença de apatia, principalmente se associada a distúrbios hidroeletrólíticos, deve ser investigada de maneira mais apurada.

O uso de antibióticos por períodos prolongados está associado conforme Carvalho Filho (2005) a ocorrência de alterações digestivas após os 65 anos. Além do desconforto desencadeados por náuseas e vômitos, deve-se ressaltar que a estas estão associadas reações orgânicas como hipertensão, taquicardia, interrupção da alimentação oral, desidratação, aumento da pressão intracraniana e ocular, sangramento da ferida operatória por aumento da pressão venosa e deiscência de ferida operatória.

Em procedimentos anestésico-cirúrgicos destituídos de outras complicações, freqüentemente o paciente carrega a desagradável lembrança da experiência deste evento, como relatado em um estudo que avaliou aspectos negativos que o paciente gostaria de evitar na sala de recuperação anestésica. Náuseas e vômitos no pós-operatório foram os que maior número de pacientes desejaria evitar (49%) seguidos de outros como a dor (27%) e a ausência de sedação (13%). Os autores concluíram que os pacientes estariam dispostos a aceitar outras complicações, mesmos com custos pessoais adicionais, para atenuar ou prevenir as náuseas e vômitos no pós-operatório (Morin; Geldner *apud* POMPEO *et al.* , 2002).

Atualmente apesar dos avanços das técnicas anestésicas, do uso de fármacos de curta duração de ação e do desenvolvimento de novos antieméticos, a incidência global permanece cerca de 25% a 30%. São eventos que ocorrem nas 24 horas após o procedimento anestésico (GOLEMBIEWSKI; O'BRIEN, 2002).

Estudo de Pompeo *et al.* (2007) investigando as intervenções de enfermagem no período pós-operatório nos episódios de náuseas e vômitos, trazem como alternativas de suplementar ou substituir as intervenções farmacológicas o uso do suplemento de oxigênio, do óleo de hortelã, do gengibre, inalação de álcool isopropílico e acupressão. Os autores acreditam que essas são alternativas que devem ser investigadas mais profundamente pois ainda existem

lacunas acerca de sua eficácia. A acupressão apresenta eficácia no controle das náuseas e vômitos, podendo ser utilizada pelo enfermeiro desde que este apresente habilidades para aplicar a técnica, esteja autorizado pelo órgão de classe por meio de curso de especialização em acupuntura (POMPEO *et al.*, 2007).

Ressalta-se que a atuação do enfermeiro na prevenção de complicações deva ser iniciada no período pré-operatório, para que o planejamento de suas ações esteja fundamentado no processo de enfermagem desenvolvido adequadamente.

A obstipação intestinal obteve a frequência de 15 eventos (12% dos idosos), seguida pela diarreia com 14 eventos (11,2% dos idosos). A obstipação intestinal pode ser definida como a evacuação laboriosa de fezes volumosas e/ou muito duras em intervalos maiores do que três dias. Após a realização de procedimento cirúrgico na região abdominal, o idoso pode não se sentir motivado a realizar esforço para eliminação das fezes. Ainda, frequentemente as cirurgias realizadas são intestinais.

No idoso a obstipação intestinal pode ser causada por baixa ingestão de fibras e líquidos, baixa atividade física, fraqueza e imobilidade no leito, depressão, uso de medicamentos com ação obstipante (antagonistas do cálcio, anticolinérgicos, antidepressivos, etc), hipotireoidismo, estenoses cicatriciais (diverticulite, doença inflamatória, colite isquêmica, irradiação) e neoplásicas (OLIVEIRA; MENDES, 1998, p. 759).

As orientações de enfermagem para evitar a obstipação intestinal envolvem a mobilização no leito, estímulo a deambulação, ingesta de líquidos e fibras desde que não contra-indicados. Controle das eliminações e das queixas do idoso, considerando-se os hábitos intestinais anteriores ao procedimento cirúrgico.

A diarreia é bastante comum em idosos, podendo ser conseqüente a síndrome do cólon irritável, presença de doenças crônicas, utilização de medicamentos, distúrbios na absorção dos alimentos e outros de menor incidência.

5.3.2.2 Complicações da ferida operatória do idoso no período pós-operatório

Verifica-se no quadro 3 que as complicações da ferida operatória foram distribuídas em 83 (19,1%) eventos que se apresentaram em 48 (38,7%) idosos. Dos 15 pacientes que evoluíram para óbito 6 (7,2%) deles apresentaram complicações de ferida operatória.

Os principais eventos relacionados às complicações da ferida operatória foram dor na ferida operatória com 34 (7,8%); secreção 19 (4,4%); sangramento 8 (1,8%); infecção 7

(1,6%); hiperemia 5 (1,2%); evisceração 4 (0,9%); fistula/celulite 4 (0,9%) e deiscência de sutura 2 (0,4%).

A presença de dor foi o evento de maior prevalência diante das complicações relacionadas a ferida operatória, sendo evidenciada em 34 (27,4%) dos idosos. Esses dados são igualmente evidenciados em outros estudos. A dor é um importante indicador fisiológico que precisa ser cuidadosamente monitorizado e investigado quanto a natureza súbita, gradativa ou explosiva conforme relato do paciente.

O julgamento da reação à dor pelo cliente é tão importante quanto avaliar a natureza da dor. As reações variam de pânico à aparente indiferença, tornando difícil observar, com exatidão, aquilo que o indivíduo está sentindo (BLACK; MATASSARIN-JACOB, 1996).

Estudo realizado por Shapiro *et al.* (2003) comparando os efeitos de diferentes técnicas de analgesia, via oral com antiinflamatórios não esteroides, intravenosa com utilização de morfina, e intratecal ou peridural com uso de morfina, em pacientes submetidos a cirurgia abdominal de grande porte, consideraram todas efetivas mas produziam efeitos adversos; portanto a dor deve ser avaliada tanto quanto a ocorrência de efeitos adversos da técnica de analgesia.

Para Chung e Lui *apud* Mendoza (2006) em estudos da intensidade da dor vivenciada e sua satisfação com seu manejo na recuperação pós-anestésica, mostraram que, aproximadamente, 85% queixavam-se de dor nas primeiras 24 horas, dos quais 48,6% afirmaram que tanto o enfermeiro como o médico não davam importância ao alívio da dor.

O desafio da escolha do tratamento adequado da dor no pós-operatório, deve ser criterioso visto que os medicamentos indicados são efetivos mas provocam efeitos adversos na população idosa, sendo imprescindível para o anestesista e enfermeiro, providenciar o tratamento, avaliação, prevenção e medidas de monitoramento e alívio nesse período (MENDOZA, 2006).

De acordo com Carvalho Filho (2005), a deiscência e sangramento no local de incisão são complicações muito frequentes em idosos, principalmente naqueles portadores de desnutrição e de alterações circulatórias locais. Essas complicações podem ocorrer mesmo em procedimentos cercados de todos os cuidados técnicos, havendo muitas vezes, necessidade de reintervenção.

Ressalta-se que dos 124 idosos investigados 9 (7,25%) deles tiveram que se submeter a uma nova cirurgia em razão das complicações com a ferida operatória. Essas intervenções de repetição e em situação de emergência causam injúria ao idoso, dificultando suas possibilidades de recuperação e aumentando o risco imobilidade, prostração e de morte.

Como fatores de risco para complicações locais da ferida operatória locais podem-se citar: vômitos incoercíveis, soluços, tosse, peritonites, íleos prolongados, queimaduras prévias da parede abdominal que alteram a sua irrigação, distensão abdominal, manipulação excessiva dos tecidos, homeostasia inadequada, infecção de parede, utilização de fios inadequados, insuficiente força tensora do nó, degermação insuficiente, entre outros (ALEXANDER e PRUDDEN, 1996).

5.3.2.3 Complicações cardiovasculares do idoso no período pós-operatório

Constata-se no gráfico 6 que as complicações cardiovasculares foram identificadas em 48 (11,0%) de eventos afetando 23 (18,5%) dos idosos investigados. Os eventos registrados foram: edema 15 (3,5%), arritmias 14 (3,2%), parada cardiorespiratória 11 (2,4%), hipovolemia 5 (1,2%), hemorragia 3 (0,7%).

Para Johnson (2001, p. 404), os problemas pós-operatórios mais importantes são as doença cardíaca isquêmica, insuficiência cardíaca, arritmias, eventos tromboembólicos, complicações respiratórias, *delirium* e descondicionalamento geral.

Seymor e Vaz *apud* Carvalho Filho (p. 642, 2005) encontraram em seus estudos 13% de casos de complicações cardiovasculares que ocasionaram 11 óbitos, nas primeiras horas do período pós-operatório, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e arritmias. Para Ashton *et al* e Goldman *apud* Johnson (2001), ocorre infarto do miocárdio em 1 a 10% dos procedimentos não cardíacos, com risco de 1 a 5% de morte. Para pacientes com eventos pós-operatórios o risco de infarto apareceu em 4,1% dos pacientes de alto risco, definidos como aqueles com doença coronariana conhecida; em 0,8% dos pacientes de risco intermediário, definidos como aqueles com fatores de risco conhecidos para aterosclerose, tais como hipertensão, diabetes e idade avançada, mas sem quaisquer sintomas cardíacos ou vasculares.

De acordo com o autor *op cit* as complicações cardíacas e pulmonares merecem atenção especial em razão da magnitude potencial dos eventos adversos e do potencial de melhorar essas conseqüências quando identificadas antes da cirurgia. Os eventos tromboembólicos, trombos venosos profundos proximais e distais e embolia pulmonar, são outra grande questão geral importante que deve ser considerada em todos os casos. Os pacientes que se submeteram a cirurgia de um câncer de pelve ou abdômen, com história de trombose venosa profunda e embolia pulmonar estão em uma categoria de alto risco.

5.3.2.4 Complicações neuropsiquiátricas do idoso no período pós-operatório

Evidencia-se conforme o gráfico 6 alterações neuropsiquiátricas que perfazem 47 (10,6%) dos eventos, identificados em 29 (23,3%) dos idosos. Os eventos de maior evidência foram as alterações do padrão do sono encontrada em 10 (2,3%); a seguir a ansiedade com 9 (2,0%); confusão mental 9 (2,0%); apatia 8 (1,8%); cefaléia 6 (1,4%) e agitação 5 (1,2%).

As alterações neuropsiquiátricas evidenciadas no estudo, foram consideradas como *delirium* no perioperatório. Segundo Sitta, Lapa e Machado (2005), o *delirium*, pode ser caracterizado por alteração de consciência, dificuldade de focalizar a atenção, prejuízo cognitivo, pensamento desorganizado, e pode estar associado a distúrbios da percepção. Durante a hospitalização, aproximadamente 30% dos pacientes idosos desenvolvem quadro de *delirium*. Dentre os pacientes cirúrgicos, este risco varia de 10% a 50%, associando-se a idosos mais frágeis e a procedimentos mais complexos.

De acordo com o autor *op cit* a confusão mental moderada pode responder à medidas ambientais. O ambiente hospitalar caracterizado por ruídos, má iluminação, ausência de janelas, uso de contenção física, contribui para a piora do quadro. Contato sensorial freqüente e orientação verbal de pessoa familiar diminuem a agitação.

Conforme Johnson (2001), o uso de opióides no pós-operatório pode ser correlacionado ao *delirium*, sendo a interrupção do medicamento necessária nesses casos. A ansiedade manifestada no período pós-operatório está relacionada à entubação, à monitoração, às infusões intra-venosas, aos cuidados respiratórios e eventualmente a permanência na unidade de terapia intensiva. A ansiedade pode causar elevação da pressão arterial, taquicardia, extra-sístolia, taquicardia paroxística. Geralmente o tratamento com pequenas doses de benzodiazepínicos é suficiente para controlar essa manifestação e suas complicações.

A redução dos fatores de estresse pré e pós-operatórios podem auxiliar na prevenção e correção dos fatores de risco para aparecimento de *delirium*. O enfermeiro ao utilizar o processo de enfermagem como instrumento de trabalho pode efetuar os diagnósticos de enfermagem e planejar as ações de maneira preventiva.

5.3.2.5 Complicações respiratórias do idoso no período pós- operatório

Destaca-se no quadro 3 que foram detectados 42 (8,8%) de eventos relacionados às complicações respiratórias, identificadas em 33 (26,6%) dos idosos investigados. Os eventos identificados foram: dispnéia 29 (6,7%), tosse 9 (2,0%), pneumonia 2 (0,4%) e Síndrome da

Angústia Respiratória 2 (0,4%). A dispnéia foi o evento de maior frequência para complicação respiratória, sendo registrada em 29 (23,4%) dos idosos investigados.

Estes dados são semelhantes aos encontrados por Mendoza (2006) que evidenciaram a dispnéia em idosos na proporção de 20%.

Segundo Petroianu e Pimenta (1998) a pneumonia se encontra presente em aproximadamente 50% das mortes pós-operatórias, freqüentes em cirurgias torácicas ou abdominais e em pacientes acamados, as atelectasias são freqüentes, por restrição respiratória, seja devido à dor ou à dificuldade de expansão da caixa torácica. Colaboram ainda para essa complicação a respiração naturalmente mais superficial do idoso, redução do tono muscular do diafragma e dos músculos acessórios da respiração, enrijecimento das cartilagens costais e o aumento do espaço vazio (morto) respiratório, por dilatação da árvore traqueobrônquica, além da pior ventilação alveolar.

O autor *op cit* recomenda que se o idoso enfisematoso por tabagismo, pneumoconiose ou asma crônica, os cuidados especiais devem iniciar no pré-operatório. Nesses casos, o aporte de oxigênio no transoperatório é muito benéfico, porém, ao se tentar extubar o doente, pode-se encontrar dificuldade em que ele assuma sua respiração, tanto por falta de estímulo central, quanto por insuficiência muscular e dor. A antibioticoprofilaxia também está justificada nesses casos. A hidratação adequada fluidifica melhor o muco e contribui para sua remoção da árvore brônquica, prevenindo obstruções. Entretanto, deve-se ter o cuidado para evitar a hiper-hidratação que pode complicar o quadro pulmonar com excesso de transudação, chegando até o edema, além de efeitos adversos em outras partes do organismo.

Segundo Sitta, Lapa e Machado (2005, p. 202):

O envelhecimento está associado à redução da elasticidade alveolar e aumento da rigidez da parede torácica, causando diminuição da capacidade pulmonar total e da complacência, além da diminuição corrente e da capacidade vital forçada. Estas situações que tornam o indivíduo mais susceptível a atelectasias e diminuição do fluxo expiratório parecem não contribuir de forma incisiva para ocorrência de complicações pulmonares no pós-operatório.

Enquanto que Johnson (2001) atribui um risco aumentado de complicações pulmonares a procedimentos que consistem em incisões do abdômen superior ou tórax, recomendando nestes casos a investigação prévia da função pulmonar no período pré-operatório.

As principais complicações pulmonares evidenciadas por Sitta, Lapa e Machado (2005) no período pós-operatório são as atelectasias, insuficiência respiratória, broncoespasmo e

ventilação mecânica prolongada, que em decorrência da manipulação da cavidade abdominal no procedimento cirúrgico, promove a redução da capacidade funcional residual, aumentando a resistência das vias aéreas.

Ao analisar a evolução pós-operatória de 288 idosos, Seymor e Vaz *apud* Carvalho Filho (2005, p. 642), verificaram que as complicações respiratórias foram as de maior frequência. Dentre as complicações pulmonares a atelectasia ocorreu em 17% dos pacientes, traqueobronquite aguda em 12% e pneumonia em 10%. Essas complicações foram três vezes mais frequentes em pacientes que sofreram abertura da cavidade torácica ou abdominal em relação aos que não sofreram.

Pode-se associar às complicações respiratórias os fatores de risco relacionados a obesidade, desnutrição, tabagismo, etilismo, sedentarismo. Ainda as doenças crônicas adquiridas, o tempo cirúrgico prolongado, internamentos hospitalares de repetição, imobilidade prolongada no leito, outras doenças osteomusculares que dificultem a mobilização e outras.

Entende-se que o olhar atento da equipe de enfermagem e o trabalho conjunto da equipe de saúde possam reduzir os fatores de risco para desenvolvimento de complicações respiratórias. As complicações respiratórias podem causar desconforto aos idosos além de aumentar o período de hospitalização, utilização de medicamentos e de procedimentos.

5.3.2.6 Alterações de sinais vitais do idoso no período pós-operatório

Observa-se no gráfico 6 que ocorreram 33 (7,4%) eventos referentes às alterações de sinais vitais como: hipertensão 13 (3,0%), hipotensão 10 (2,2%), hipertermia; 5 (1,2%), taquipnéia 3 (0,7%) e hipotermia 2 (0,4%). Os padrões de frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e temperatura possuem características peculiares na avaliação de idosos, nem sempre identificadas como anormais para profissionais que não estejam capacitados a identificá-las.

O organismo do idoso nem sempre responde ao trauma cirúrgico de maneira convencional. A hipotermia foi o evento de menor incidência em nosso estudo, no entanto é evento relatado na literatura como freqüente no pós-operatório em idosos. Estudo realizado por Mendoza (2006) refere a hipotermia como alteração mais freqüente evidenciada na sala de recuperação pós-anestésica, justificada pela influência dos anestésicos no sistema respiratório. Associa ainda as alterações de temperatura corporal com a ocorrência de complicações.

Segundo Sessler *apud* Mendoza (2006):

após o fim do ato anestésico, é diminuída a concentração de anestésicos no sistema nervoso central (SNC), e o organismo retorna às respostas de termoregulação. A temperatura corporal tende a voltar ao normal em um período de 2 a 5 horas, mas, os fármacos residuais e o uso de opióides para tratamento da dor pós-operatória diminuem a eficácia dessas respostas, que somados à idade do paciente, acabam influenciando a queda da temperatura corporal.

O organismo do idoso responde de maneira lábil às alterações rápidas ou intensas de temperatura, portanto externa de maneira inadequada a sua temperatura e tolera mal mudanças térmicas. O paciente idoso tolera mal o frio, devendo-se mantê-lo aquecido com suplemento de agasalhos ou cobertores. O ambiente hospitalar freqüentemente apresenta correntes de ar, principalmente quando a internação ocorre em enfermarias coletivas. O idoso pode não se sentir confortável com a temperatura ambiente confortável para outros pacientes de faixa etária diferente. O enfermeiro ao conhecer as particularidades que envolvem as alterações de temperatura do paciente idoso, pode providenciar acomodações e agasalhos adequados para que se sinta aquecido o suficiente.

A hipertensão arterial foi identificada em 13 (40,5%) dos idosos no período pós-operatório. Comparando-se os idosos com diagnóstico de hipertensão no período pré-operatório 77 (62%) aos que apresentaram hipertensão no pós-operatório, pode-se inferir: os pacientes idosos estavam com a hipertensão controlada não desencadeando crise hipertensiva no pós-operatório; os pacientes idosos encontravam-se depletados, ou desidratados, reduzindo os níveis pressóricos; a perda de volume sanguíneo durante o procedimento cirúrgico colaborou para a redução dos níveis pressóricos.

A verificação da pressão arterial fornece informações sobre a força do débito cardíaco e da elasticidade das artérias maiores. É um procedimento indolor, de fácil aplicabilidade no ambiente hospitalar e parâmetro importante para verificação de anormalidades no pós-operatório. A equipe de enfermagem ao realizar este procedimento deve estar atenta para sinais de anormalidades, registrando fidedignamente todos os dados obtidos e comunicando eventuais alterações que venham a colocar a integridade do paciente em risco.

A incidência de dor pós-operatória tende a ser reduzida ao longo das últimas décadas visto os avanços da tecnologia cirúrgica, melhoria das técnicas anestésicas, drogas analgésicas efetivas e com menores efeitos colaterais e melhor aparelhamento de monitorização dos pacientes.

Hipotensão arterial é uma complicação comum no período pós-operatório imediato como consequência da ação de anestésicos, de hipovolemia e, eventualmente de insuficiência

coronária, embolia pulmonar e infecções (CARVALHO FILHO, 2005, p. 642). A hipotensão arterial em idosos pode estar associada ao jejum prolongado do pré e pós-operatório, perda de líquidos por distúrbios gastrintestinais ou a baixa ingesta dos mesmos.

A taquipnéia foi encontrada em registros de 3 (0,7%) idosos investigados e pode estar relacionada a ansiedade originada pelo estresse cirúrgico, pode estar associada a distúrbios neurológicos ou metabólicos, afecções broncopulmonares e dar indícios de fenômenos restritivos respiratórios, como a dor. A observação, registro e comunicação de eventos ocorridos no período pós-operatório é de responsabilidade da equipe de enfermagem e pode evitar complicações indesejáveis.

5.3.2.7 Complicações hematológicas do idoso no período pós-operatório

Verifica-se no quadro 3 que as complicações hematológicas foram detectadas em 27 (6,1%) eventos manifestadas em 15 (12%) dos idosos, dentre eles as anemias representaram 13 (3,0%) dos casos, seguidas ou não de transfusões sanguíneas 12 (2,7%) e anafilaxia transfusional 2 (0,4%).

As peculiaridades dos problemas hematológicos no idoso estão relacionadas com a incidência maior de determinadas doenças, com redução do estroma medular e com a osteoporose. A anemia é considerada a afecção hematológica mais freqüente no idoso, exigindo sempre cuidadosa investigação, pois freqüentemente constitui o primeiro sinal de grave doença subjacente (CARVALHO e CRUZ, 1998). De acordo com os autores as pessoas idosas tendem à descompensação sanguínea por perdas mínimas, sendo necessário em casos mais graves de desnutrição e hemorragia crônica a reposição transfusional no período pré-operatório e reservas para o período perioperatório.

A instabilidade característica do idoso condiciona riscos maiores para os acidentes transfusionais, necessitando portanto de cuidados com a prescrição e administração dos hemoderivados. Cuidados especiais devem ser observados com o controle dos sinais vitais, o idoso pode estar mais suscetível a disfunções cardíacas por hipovolemia.

Carvalho e Cruz (1998) ressaltam que transfusões em idosos podem ser acompanhadas por complicações, como contaminação bacteriana, que ocorre pela punção da pele, sempre passível de conter germes, erro de identificação, complicações cardiovasculares, além do custo elevado.

De acordo com Timby (2001) a administração de hemoderivados devem seguir algumas determinações padronizadas. O calibre da agulha deve ser no mínimo 20, pois um calibre menor pode prolongar a administração ultrapassando os limites de segurança para o procedimento.

A equipe de enfermagem deve realizar a administração de componentes hemoderivados, seguindo rigorosamente todas as recomendações preconizadas, conferindo o material enviado com a prova cruzada entre doador e receptor, observando as prescrições no prontuário, registrando as informações de identificação do material administrado. Permanecer observando as reações do idoso durante todo o período de administração dos hemoderivados, verificando sinais vitais frequentemente.

Segundo Timby (2001) sugere algumas ações na administração dos hemoderivados:

Verificar a identidade do paciente; determinar a necessidade ou não de consentimento por escrito; verificar o tamanho do equipamento atual de venopunção, caso esteja sendo infundida solução intravenosa; revisar o prontuário médico na busca de resultados sobre o tipo sangüíneo e os cruzamentos; verificar sinais vitais frequentemente para estabelecer parâmetros comparativos durante a transfusão.

A autora *op cit* recomenda verificar os prazos de validade do sangue, examine o aspecto do material contido na bolsa, interromper a administração aos sinais de incompatibilidade, sendo eles febre, septicemia, alergia, tremor moderado, sobrecarga e hipocalcemia.

5.3.2.8 Complicações urológicas do idoso no período pós-operatório

Constata-se no gráfico 6 que as complicações urológicas foram identificadas em 20 (4,1%) dos eventos apresentados por 19 (15,3%) idosos, distribuídas em 6 (1,4%) dificuldades de controle de esfíncter; 5 (1,2%) anúria; 4 (0,9%) hematúria; 3 (0,7%) de idosos com globo vesical; e 2 (0,4%) de infecções do trato urinário. Estas complicações ficaram abaixo do esperado, na prática do cuidado cotidiano, percebe-se que são frequentes as intervenções de enfermagem para auxiliar os idosos nas dificuldades em eliminar espontaneamente a urina produzida no pós-operatório, ou nos problemas que a utilização de cateteres vesicais provocam.

A anúria refere-se à ausência de urina ou a uma eliminação de até 100 ml em 24 horas. Se os rins estão formando urina, pode ser usado o termo supressão urinária. A característica mais marcante da supressão urinária é o fato de a bexiga estar vazia, não havendo,

conseqüentemente, pressa para urinar. A retenção urinária é identificada através de uma bexiga progressivamente distendida (TIMBY, 2001).

Conforme Dutie e Katz (2002) os pacientes com sondas de demora apresentam urina infectada freqüentemente e que a incidência de bacteriúria após inserção de cateter é de 7 a 8% ao dia, sendo que em um período de 3 a 4 semanas virtualmente todos os pacientes apresentam-se bacteriúricos.

Os autores *op cit* referem que ainda são escassos os estudos detalhados sobre as alterações do trato urinário inferior em idosos, sabe-se que em ambos os sexos, a prevalência de contrações involuntárias, bacteriúria e de volume residual pós-miccional aumenta. Essa reserva pós-miccional associada a outros fatores de risco predispõem o idoso às infecções.

Após a cirurgia a dor, a restrição no leito a redução da tonicidade da bexiga, o medo, os pudores em utilizar-se de recipientes para eliminação da urina, diferentes do encontrado no domicílio, inibem a eliminação de urina espontânea no idoso. Se as manobras de estimulação espontânea não obtiverem sucesso recomenda-se o cateterismo, sendo o intermitente preferível ao de demora. No entanto, se este não for possível, os cuidados com a sondagem de demora devem seguir rigorosamente as técnicas preconizadas a fim de restringir a possibilidade de complicações..

5.3.2.9 Complicações de restrição de mobilidade do idoso no período pós-operatório

Verifica-se no quadro 3 que 10 (2,3%) dos idosos mostraram problemas com mobilidade dos idosos, dentre esta a própria deambulação 10 (2,3%); lombalgia 5 (1,2%) e a queda 2 (0,4%).

A imobilidade no leito está associada à perda de capacidade funcional além de aumentar a probabilidade de desenvolver outras complicações, como as respiratórias, vasculares e neuropsiquiátricas.

A lombalgia é relatada em alguns estudos como resultado do posicionamento cirúrgico, por vezes longo, dificultando a mobilização do paciente.ver autor

A queda é conseqüência de outros eventos que podem acometer o idoso. O repouso prolongado, a perda de líquidos no intra-operatório, ação de medicamentos, a fraqueza provocada por anemias crônicas e vômitos e diarréias de repetição, podem propiciar a hipotensão ortostática.

Segundo Maciel (2002, p. 18):

hipotensão ortostática é definida como a queda de 20 mmHg ou mais na pressão sistólica um minuto ou mais após o indivíduo ter sido colocado em pé. Devido a alta prevalência desse fenômeno entre os idosos (30%) é necessário que se verifique a pressão arterial frequentemente no idoso nas posições supina, e em ortotatismo, sem se esquecer que a presença de hipertensão observada na posição supina não exclui a possibilidade de hipotensão ortostática.

Esses eventos podem ser minimizados com intervenções de cuidado com a mobilização precoce, reposição dos líquidos corporais e auxílio às atividades fora do leito, principalmente nas primeiras 48 horas de pós-operatório.

5.3.2.10 Complicações tegumentares do idoso no período pós-operatório

Encontra-se no gráfico 6 as complicações tegumentares, eventos como assaduras 6 (1,4%); úlcera de pressão 5 (1,1%). Conforme Carvalho Filho (2005), em idosos imobilizados as úlceras de pressão podem surgir em poucas horas. Sua prevalência é de aproximadamente 10% em idosos sob cuidados intensivos. Alguns fatores contribuem para a formação de úlceras de pressão dentre eles a desnutrição, anemia, hipóxia, infecções, incontinência esfíncteriana e distúrbios cognitivos. As medidas preventivas são de grande importância, tendo sido demonstrado que podem reduzir a incidência em cerca de 50%, mesmo em pacientes com elevado risco.

De acordo com Petersen *apud* Goode e Allman (2002):

as úlceras de pressão são comuns em idosos, com mais de 50% dos pacientes com idades acima dos 70 anos. Quase dois terços dos casos se desenvolvem inicialmente nos hospitais de atendimento intensivo, sendo que 60 a 70% das úlceras ocorrem dentro das primeiras duas semanas de hospitalização.

Os danos provocados pelas úlceras de pressão à qualidade de vida dos idosos são difíceis de dimensionar, muitas vezes superando os causados pela intervenção primária. Ainda os riscos aumentados para infecção e do tempo de permanência hospitalar. No que se refere as consequências indesejáveis das úlceras de pressão Allman *apud* Goode e Allman (2002) associam as úlceras de pressão ao aumento dos custos de tratamento, dos dias de internamento e da mortalidade.

A imobilização prolongada de um paciente idoso pode provocar úlceras de pressão, pois a pele do idoso é naturalmente mais sensível. A hidratação preventiva da pele e a mudança contínua do decúbito são ações imprescindíveis para evitar a complicação. Estimula-

se a mobilização precoce do idoso fora do leito, que podem se tornar problemas muito mais sérios pacientes diabéticos ou em portadores de vasculopatias .

As assaduras apresentadas pelos idosos se relacionam ao uso de fraldas geriátricas e imobilização no leito. A pele do idoso, mais frágil e menos hidratada que nos adultos tende a ser sensível a presença prolongada de urina e fezes provocando irritação. A troca freqüente de fraldas e a higienização perineal adequada auxiliam na prevenção de lesões. A hidratação da região após a higienização também se faz eficiente nesses casos.

5.3.2.11 Complicações com o acesso venoso do idoso no período pós-operatório

Verifica-se conforme quadro 3 os eventos relacionados às complicações do acesso venoso 6 (1,4%) de registros de fragilidade venosa, 2 (0,4%) de instalação de acesso venoso central e apenas 1 (0,2%) de registro de troca de acesso. Destaca-se a insignificante prevalência das complicações a nível venoso, contrastando-se às freqüentes ocorrências observadas no cotidiano com idosos hospitalizados. Os registros estão deficitários referentes a esta significativa complicação.

Fulton (1997) afirma que o número de inserções, tipo de dispositivo e tempo de duração constituem fatores de risco para complicações em pacientes submetidos a terapia intravenosa. Assim, os resultados encontrados nesta investigação reforçam a necessidade de atenção permanente da equipe de enfermagem quanto aos critérios de escolha da rede venosa e quanto aos cuidados subseqüentes para a sua manutenção. Ao analisar o cuidado de enfermagem em clientes cirúrgicos Lundgren *et al.* (1993) evidenciou que os pacientes cirúrgicos apresentavam em sua maioria faixas etárias superiores a pacientes clínicos, entre 68 a 78 anos. Alguns autores associam a idade como fator de risco predisponente à infecção relacionada a cateteres venosos centrais e periféricos.

Acredita-se que os cuidados de enfermagem são fundamentais aos procedimentos invasivos envolvendo acessos venosos e importante espaço de autonomia da enfermagem, merecendo atenção para investigações futuras que possam evidenciar as reais proporções deste evento em idosos cirúrgicos.

5.3 SÍNTESE DAS ANÁLISES DOS DADOS DA PESQUISA QUANTITATIVA RETROSPECTIVA TRANSVERSAL

Os principais achados da pesquisa quantitativa retrospectiva permitiram inferir:

- os idosos na faixa etária de 70 a 79 anos apresentaram maior incidência de complicações;
- registraram-se maiores complicações para os idosos classificados como etilistas e tabagistas comparados aos abstêmios e não tabagistas;
- dos investigados, 40% deles apresentaram pelo menos uma doença crônica associada, sendo a hipertensão arterial sistêmica a de maior prevalência. As complicações cirúrgicas apresentaram-se discretamente maiores para os idosos com presença de doença crônica;
- a avaliação de risco cirúrgico ASA III , ASA IV ou ausência de avaliação de risco cirúrgico no pré-operatório indicaram elevações do percentual de complicações;
- os fatores de risco para complicações de maior relevância para o procedimento cirúrgico foram: cirurgia do tipo laparotomia exploratória, tempo cirúrgico acima de 121 minutos e anestesia geral ou geral combinada;
- em sua maioria, os pacientes que apresentaram complicações permaneceram internados por períodos de 5 a 14 dias;
- os tipos de complicações de maior frequência foram as gastrointestinais, de ferida operatória, cardiovasculares, neuropsiquiátricas, respiratórias e alterações de sinais vitais.

Os resultados apresentaram-se compatíveis com os evidenciados na literatura atual pertinente à temática no que se refere às principais complicações evidenciadas e à mortalidade. Pode-se constatar que a literatura abordando o tema das complicações cirúrgicas em idosos é escassa no Brasil, principalmente naquela produzida pela enfermagem. Pode-se concluir que o perfil dos idosos hospitalizados apresentou um número acentuado de tabagistas e etilistas, com comorbidades múltiplas, polifarmácia e apenas um pequeno grupo de idosos não foram evidenciadas comorbidades nos registros realizados. Pode-se evidenciar por esses dados que os idosos investigados no estudo, condizem com os achados da literatura para comorbidade, sendo o grupo que aumentou a expectativa de vida em um número de anos vivos, mas com a associação destes a várias comorbidades. Os esforços em implementar nos sistemas públicos de saúde, projetos e programas fundamentados na promoção da saúde, prevenção de doenças e concepção da velhice como curso de vida, ainda se encontram no campo teórico, são conceitos recentes, portanto ainda desconhecidos para a maior parte dos idosos e também dos profissionais de saúde, muitas vezes diretamente envolvidos com o cuidado ao idoso.

As complicações de maior prevalência afetaram um número maior de idosos causando transtornos a estes e seus familiares, além de maior custo sistema de saúde pública. Aquelas

de menor incidência, no entanto, não foram de menor relevância, visto os danos físicos que causaram aos idosos hospitalizados, aumentando risco de co-morbidades e de mortalidade.

5.4 INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Neste capítulo apresento as informações referentes ao perfil da equipe de enfermagem e a análise qualitativa do Discurso do Sujeito Coletivo.

5.4.1 Características de identificação da equipe de enfermagem

Foram realizadas entrevistas com 8 membros da equipe de enfermagem sendo que destes, 2 são técnicos de enfermagem, 4 são auxiliares e 2 são enfermeiros. A idade dos entrevistados variou entre 31 a 49 anos e o tempo de trabalho na área de enfermagem de 4 a 15 anos. O tempo de serviço realizado na clínica cirúrgica oscilou entre 4 a 20 anos, uma das entrevistadas relatou trabalhar nos serviços gerais na clínica antes de se qualificar para o trabalho de enfermagem. Todos os entrevistados afirmaram não haver recebido treinamento ou capacitação formal para realização do cuidado específico aos idosos. Uma das entrevistadas relatou ter participado como ouvinte em curso sobre cuidadores de idosos em outra instituição de saúde. Os membros da equipe estão habituados a conviver e cuidar dos idosos na instituição e desenvolveram para tanto conhecimentos empíricos baseados no senso comum dos assuntos relacionados ao envelhecimento. Apresenta-se então, a seguir os achados das entrevistas com os membros da equipe de enfermagem abordando o cuidado aos idosos nas complicações pós-operatórias do período imediato e tardio.

5.4.2 Caracterização dos discursos da equipe de enfermagem

Neste item apresenta-se os discursos individuais da equipe de enfermagem submetida às entrevistas e a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo seguido das interpretações das informações.

Em resposta à questão 1: **como a equipe de enfermagem identifica os idosos internados na unidade de clínica cirúrgica?**

Idéia Central: identificação dos idosos pela idade cronológica.

Expressões-chave:

F1 – “A idade de referência para saber quem é idoso e quem não é idoso é 60 anos.”

F2 – “Identificamos pela data de nascimento”.

F4 – “Pela idade mesmo, 60 anos”.

F6 – “A idade é 60 anos, aí é idoso”.

Discurso do Sujeito Coletivo

O idoso é identificado só pela idade mesmo, pela data de nascimento, a idade de referência para saber quem é idoso é 60 anos.

O DSC revela que a identificação de quem é idoso se faz fundamentada nas informações formais, como idade e data de nascimento. A Política Nacional do Idoso (lei n.8842 de 04/01/1994) e o Estatuto do Idoso (lei n. 10741 de 01/10/2003) estão alicerçados no padrão de idade de 60 anos estabelecido para os países em desenvolvimento e a partir dos 65 anos para os países desenvolvidos (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003).

Qualquer que seja a idade definida dentro de contextos diferentes, é necessário reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Segundo a World Health Organization (WHO, 2005) “existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade”.

A idade cronológica é uma informação que não diz muito sobre o real envelhecimento humano, embora seja um parâmetro importante para o planejamento de políticas de atenção ao idoso ou para a gestão de serviços (CALDAS, 2006). A idade cronológica é uma das referências utilizadas para caracterizar o idoso, além das idades biológicas e psicológicas. Segundo DEECKEN (1998, p. 14):

cada pessoa tem na realidade três diferentes idades ao mesmo tempo: a idade cronológica, determinada pelo número de anos que viveu; a idade biológica, determinada pela condição e estado do seu corpo, e finalmente a idade psicológica avaliada por aquela que a pessoa sente que tem e demonstra ter, na maneira de agir.

Conforme preconiza Mota (2004) a idade cronológica é o tempo transcorrido a partir de um ponto: a data de nascimento. Esta medida simples tem um sentido apenas legal ou social. O tempo, em si, não produz efeitos biológicos. Os eventos ocorrem no tempo, mas não devido à sua passagem. Os eventos biológicos que se seguem ao nascimento acontecem em momentos

diferentes em cada indivíduo. Este processo também é influenciado pelo aparecimento de enfermidades, por fatores sócio-econômicos e por fatores ambientais. Desta maneira, o processo de envelhecimento é influenciado não apenas pela idade, mas em grande medida, pelo modo como o indivíduo vive.

Idéia central 2: identificação do idoso pela aparência, autonomia e independência.

F3 – *“Identificamos quem é idoso pela ajuda que eles precisam.”*

F5 – *“A gente identifica o idoso pela aparência”.*

F7 – *“Pode ver quem é idoso pela aparência”.*

F8 – *“Tem que ver o estado dele, se tem restrições ou não”.*

Discurso do sujeito coletivo

O idoso é identificado pela aparência, pela ajuda que eles precisam e pelo estado deles, se tem restrições ou não.

Os membros da equipe de enfermagem referem no DSC a identificação dos idosos pela aparência física, sinais evidenciados pelo envelhecimento biológico e pelas restrições das atividades que possam ou não desempenhar e no auxílio que necessitam para realizar as atividades.

As alterações biológicas na aparência são características do envelhecimento biológico. Segundo TOBIAS e LEMOS (2005, p. 654) no “envelhecimento biológico um dos aspectos mais visíveis é a aparência pessoal, chamando a atenção para a presença de rugas e cabelos brancos, bem como instalação e/ou agravamento de quadros clínicos de doenças”.

O envelhecimento é um processo que ocorre no ser humano como um todo, no entanto é o envelhecimento biológico que demonstra sinais físicos mais perceptíveis na velhice. À ectoscopia no idoso observam-se sinais externos do envelhecimento. À inspeção já é possível ver as alterações cutâneas como as rugas e as melanoses, a pele fina, por vezes púrpuras senis, ou as alterações nos cabelos que embranquecem (canície), ou os pêlos ressequidos. Basta verificar a capacidade funcional do ser humano no decorrer da vida, e observar uma drástica redução da reserva com o passar dos anos, após a idade adulta (KOMATSU, 2003, p.73).

A capacidade funcional do idoso sofre declínio com o envelhecimento e que devido a este fato a fragilidade e incapacidades podem fazer parte do cotidiano do idoso. Entretanto, não é generalizável, cada pessoa envelhece de maneira particular, influenciando para isso características genéticas, modos de enfrentamento das dificuldades, aspectos psicológicos,

condições ambientais e sociais. Alguns fatores não são modificáveis, como os genéticos, no entanto podem ser desencadeados por atitudes assumidas durante a vida. Cada indivíduo pode agregar aspectos do envelhecimento conforme se encaminha o seu curso de vida, de acordo com as escolhas individuais e às condições sociais a que pode ter acesso. Adquirir hábitos de vida saudáveis, tanto quanto adquirir posturas de enfrentamento positivas podem auxiliar o idoso a chegar a velhice de forma ativa e saudável.

Os participantes apontam que o envelhecimento biológico é o principal parâmetro para caracterizar o envelhecimento, por ser algo visível. Dentro deste modo de perceber o envelhecimento pode-se realizar identificações inadequadas, discriminatórias e contraproducentes para as atividades de cuidado.

A gerontologia preconiza as ações de cuidado individualizadas e de acordo com as necessidades de cada idoso orientando que a avaliação da capacidade funcional pode ser um instrumento valioso como norteador do planejamento das atividades a serem realizadas.

A capacidade funcional é o principal indicador da capacidade adaptativa do ser humano. Sua determinação informa sobre a idade ou o envelhecimento funcional do indivíduo, e isso não depende da idade cronológica. Ou seja, existem pessoas jovens cronologicamente e bastante envelhecidas funcionalmente e vice-versa (CALDAS, 2006).

Em resposta à questão 2: **como é a relação da equipe de enfermagem com a presença dos acompanhantes dos idosos?**

Idéia Central 1 : acompanhante tem relação de ajuda, apoio e segurança para o paciente

Expressões-chave:

F1 – “[...] *se o acompanhante se dispõe a ficar é melhor porque ajuda na hora do banho principalmente*”.

F4 – “*o fato de ter o acompanhante para essa pessoa já é uma segurança, ela melhora mais rapidamente e vai embora logo, o paciente fica psicologicamente mais seguro com acompanhante*”.

F6 – “*eles melhoram o estado emocional com a presença da família [...]*”.

F8 – “*A gente não consegue ficar o tempo todo do lado do paciente, a família ajuda bastante, ajuda dar segurança, conforto*”.

Discurso do sujeito coletivo

A relação da equipe de enfermagem com os acompanhantes é de ajuda, o acompanhante ajuda na hora do banho principalmente. A família ajuda bastante, dá apoio, segurança, conforto, eles melhoram com a presença da família. O idoso melhora o estado emocional com a presença da família.

A equipe de enfermagem relata por meio do DSC que a presença do acompanhante vem auxiliar no cuidado ao idoso. A necessidade da presença do acompanhante é reforçada pelos estudos de Lima (1997) e Meneses (1985), ao considerarem que o idoso é dependente dos seus familiares e que a hospitalização o distancia do convívio familiar.

O cuidado é comum a todas as culturas, embora suas formas de expressão possam ser mais variadas; se buscarmos um ponto em comum a todas, verificaremos que parece ser a família, pois é ela quem essencialmente executa e se responsabiliza pelo cuidado (SANTOS, 2003, p. 13).

A maioria dos idosos internados sentem-se protegidos na presença do acompanhante familiar que traz algumas práticas do cotidiano familiar para o hospital. As práticas de cuidados familiares realizadas no hospital, quando consentidas e desejadas pelos idosos podem oferecer benefícios ao paciente idoso. Entende-se por práticas familiares o conjunto de comportamentos e ações pelos quais os membros familiares se inter-relacionam.

Em estudo realizado sobre a participação da família na assistência ao idoso hospitalizado, sob a ótica da equipe de enfermagem e do próprio paciente, verificou-se que o familiar pode participar, contribuindo para a manutenção da integridade emocional do idoso. A autora enfatiza que torna-se importante para o idoso perceber a participação de seus familiares no seu tratamento (Meneses *apud* PENA; DIOGO, 2005).

O tempo de permanência do acompanhante ou familiar pode ser utilizado para o desenvolvimento de atividades educativas pela equipe de saúde, alicerçadas nas práticas culturais familiares, otimizando o tempo disponível e a presença do familiar para compartilhar e exercitar maneiras de realizar o cuidado ao idoso, principalmente se este for dependente. É momento de incentivar a participação do idoso ao autocuidado, mesmo que em pequenas tarefas, conforme suas possibilidades, para que mantenha preservada sua capacidade funcional.

A presença de um membro da família no hospital é fato importante, não apenas para acompanhar o idoso, mas também para ser orientado em seu papel de cuidador leigo. A atividade de cuidar, realizada com a equipe de enfermagem do hospital, possibilita que se torne um cliente e um parceiro da enfermagem (LIMA; SCHIER; GONÇALVES, 1997).

O estreitamento das relações entre os acompanhantes e a equipe de enfermagem pode ser confundido com a oportunidade da equipe em delegar responsabilidades, podendo,

inclusive sobrecarregá-los. No contexto específico de serviços públicos de saúde, que convivem cotidianamente com a falta de recursos materiais e humanos essa compreensão pode ser afetada, cabendo ao enfermeiro delimitar os papéis de cada um nessa construção de cuidado coletivo.

O afeto e laços de parentesco que envolvem as relações entre os familiares e idosos, são repletos de sentimentos que durante a hospitalização podem ser estreitados. Para Pena e Diogo (2005, p. 665) “a permanência próxima ao idoso, no decorrer da hospitalização, facilita a participação no cuidado, principalmente, quando a relação entre o familiar e o idoso é permeada por sentimentos positivos e relação de apego”. Ressalvas são relatadas em famílias cujas relações são conturbadas e face às atribuições de uma hospitalização podem fazer emergir sentimentos que não venham a contribuir para a recuperação do idoso.

Os trabalhadores da equipe de enfermagem e os familiares reconhecem como elementos facilitadores à aproximação do acompanhante quanto às atividades relacionadas ao cuidado, desenvolvendo o aprendizado através da observação e da oportunidade de poder fazer (Leite *apud* PENA e DIOGO, 2005).

A figura do cuidador de idosos hoje sofre alterações devido às mudanças de papéis sociais exercidos principalmente pelas mulheres dentro do âmbito familiar. Atualmente as mulheres jovens são responsáveis por outras tarefas da dinâmica familiar como cuidar dos filhos, e/ou trabalhar em atividade remunerada fora do domicílio. As idosas têm seus papéis modificados sendo elas também responsáveis pela criação dos netos enquanto as mães saem para trabalhar.

Estudo de Santos (2006) que aborda a temática das avós cuidadoras dos netos hospitalizados refere-se a elas como pessoas responsáveis por permanecer ao lado das crianças na hospitalização, em razão das mães das crianças estarem impossibilitadas de realizar essa tarefa por conta de suas atividades laborais. No DSC os funcionários relatam que os familiares nem sempre querem ou podem ficar, pois enfrentam dificuldades em deixar suas atividades profissionais ou os filhos sozinhos em casa.

Sobre as relações familiares em prover os cuidados aos idosos, Caldas (2004, p. 42) traz algumas considerações:

Outra razão para que a família não seja vista como a única estrutura para o cuidado das pessoas idosas é a qualidade do relacionamento com seus parentes. Muitas abordagens sobre a obrigação que os filhos têm de cuidar dos pais são baseadas na crença de que existe um bom relacionamento entre as gerações. É evidente que esta suposição pode ser facilmente desafiada pela existência de conflitos permanentes, por situações de abandono do lar por um

dos cônjuges e desarmonia familiar resultante de incompatibilidade de personalidades, de valores e de estilos de vida entre jovens e idosos.

Conforme Pena e Diogo (2005) a rede de apoio familiar quando apropriadas propiciam à reorganização das funções e papéis na família, e ao rodízio hospitalar a fim não sobrecarregar um único membro, como um fator que facilita a sua participação no cuidado do idoso hospitalizado.

Idéia Central 2: Acompanhante tem espaço físico limitado na unidade

F2 – “[...] a poltrona atrapalha o serviço da enfermagem, porque eles têm direito, mas aqui não tem espaço”.

F3 – “O espaço físico nosso é complicado, porque não tem cama, às vezes é só cadeira”.

F5 - “[...] porque aí se é idoso vai-se buscar um leito melhor, que seja próximo do banheiro, que tenha espaço para a poltrona do acompanhante”.

F7 – “às vezes a gente percebe que eles não querem ficar, querem deixar e ir embora, porque para eles também não é fácil”.

Discurso do sujeito coletivo:

O espaço físico da unidade é limitado para o acompanhante, porque não tem cama, às vezes é só cadeira, se é idoso vai-se buscar um leito melhor, que seja próximo do banheiro, que tenha espaço para a poltrona do acompanhante, mas esta atrapalha o serviço da enfermagem, aqui não tem espaço.

A presença do acompanhante durante a hospitalização do idoso, foi assegurada pelo Ministério de Estado da Saúde, ao considerar os benefícios da presença do familiar no período de internamento hospitalar da pessoa idosa. Estudos comprovam que as relações familiares são modificadas pelo internamento hospitalar, provocando influências na recuperação do idoso pelo distanciamento do convívio familiar. A Portaria Nº 280, de 7 de abril de 1999 (BRASIL, 1999), do Ministério da Saúde, assegura os recursos financeiros para a acomodação do acompanhante e traz as seguintes recomendações:

Art. 1º - Tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados.

§ 1º - Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 2º - No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

O Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (BRASIL, 2002), especificados na Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, não inclui recomendações referentes às enfermarias para idosos. As recomendações incluem apenas as enfermarias para pessoas adultas. As especificações técnicas quanto a espaço, distribuição dos leitos, dimensionamento do espaço físico e outros, não incluem o espaço para acomodação dos acompanhantes de idosos. Este mesmo documento ao se referir ao alojamento conjunto materno infantil traz as especificações técnicas bastante específicas quanto a espaço para acomodação do acompanhante de menores. Destarte, ainda que a presença de acompanhante sejam asseguradas por lei e essa pode resultar em benefícios para os idosos, os hospitais públicos não estão preparados para adotar na íntegra o que é legalmente garantido.

Na prática cotidiana das enfermarias de hospitais públicos, vivenciam-se dificuldades em acomodar o acompanhante e deste em se adaptar a modificação da rotina incluindo a falta de conforto experimentado no ambiente hospitalar. Entende-se que seja tarefa penosa para o familiar ou o acompanhante do idoso, permanecer dias e noites acomodado em uma cadeira, como relatam os membros da equipe de enfermagem, sendo ou não idoso.

Foi possível evidenciar nos resultados da etapa do estudo quantitativo que a clientela idosa da clínica cirúrgica que 68 (54,8%) deles eram casados e frequentemente é o conjugue que atua como acompanhante. É prática comum nos casais de idosos que no advento do adoecimento de um dos cônjuges o outro assuma as tarefas de cuidado, principalmente quando quem adoece é o homem, e naturalmente a esposa o acompanha durante o período de internamento.

Em resposta à questão 3: **quando realizam o cuidado específico ao idoso?**

Idéia central 1: cuidados conforme as restrições físicas, incapacidades e dependências.

Expressões-chave:

F1 – *“Colocá-lo em uma cama mais baixa, próxima ao banheiro, ver se ele tem alguma dificuldade auditiva, visual e pedir acompanhante”*

F2 – *“Fazê-lo deambular, precisam de maior auxílio, até na alimentação, se não consegue comer nem mastigar, se tem problemas respiratórios [...] dificuldade de cicatrização, porque o organismo já tem uma debilidade”.*

F5 - *“Tem que orientar, deixar as coisas mais fáceis, mais próximas, a campainha, a mesa, o criado, ou o papagaio, para facilitar para ele, às vezes não tem habilidade para deambular”.*

F6 - *“Na higiene, no auxílio à alimentação, na medicação via oral”.*

F8 - *“Na hora do banho, encaminhar os que podem ir para o chuveiro e os que não podem, levar na cadeira de banho”.*

Discurso do sujeito coletivo

No cuidado específico ao idoso tem que orientar, deixar as coisas mais fáceis, mais perto, a campainha, a mesa, o criado ou o papagaio, tem que facilitar mais para ele, às vezes não tem habilidade para deambular, colocá-lo em uma cama mais baixa, próxima ao banheiro, ver se tem alguma dificuldade auditiva, visual, pedir acompanhante, fazer deambular, eles precisam de maior auxílio, na higiene, na alimentação, na medicação via oral. Na hora do banho, encaminhar os que podem ir para o chuveiro e os que não podem, levar na cadeira de banho, verificar se tem problemas respiratórios[...] dificuldade de cicatrização, porque o organismo já está debilitado.

A equipe de enfermagem, por meio do DSC demonstra sensibilidade ao exprimir os esforços para acomodar o idoso de maneira mais confortável, dentro das limitações impostas pelo ambiente, tenta diminuir os impactos gerados pelo internamento para o idoso e acompanhante. Ao propiciar acomodações que facilitem a permanência do idoso e acompanhante, também propiciam melhorias nas próprias condições de trabalho, diminuem as solicitações da equipe de enfermagem para auxiliá-los em todas as atividades e minimizam o risco de quedas.

O DSC diz respeito à promoção de um ambiente que garanta a proteção, adaptação e estimulação do idoso. Promove-se intervenções no ambiente objetivando diminuir os obstáculos à movimentação do idoso. Em virtude das limitações das capacidades funcionais, os idosos podem apresentar dificuldades em relação ao meio ambiente no seu deslocamento de um lugar para outro. De acordo com BARCELOS *et al.*, (2002, p. 115):

No ambiente hospitalar cabe ao enfermeiro propiciar um ambiente livre de obstáculos e perigos que possam provocar acidentes. Dentre as intervenções possíveis destacam-se a iluminação, o uso de cores foscas, a colocação de corrimãos nas escadas e corredores, que devem ser livres e amplos. Nos banheiros, preconiza-se a colocação de pisos antiderrapantes, sanitários com altura apropriada, uso de colchões com espessura adequada ao peso corporal, a fim de prevenir a estase vascular e conseqüentemente evitar a formação de úlceras de pressão, além da manutenção de instalações sanitárias sempre limpas e secas.

Conforme o autor *op cit* ressalta, as intervenções na ventilação, adequação da altura das camas, cadeiras e andadores, além da colocação de grades laterais nos leitos, quando necessário, auxilia a prevenir quedas e diminuir esforços de familiares e funcionários. A utilização de cadeiras higiênicas é recomendada, além de colocar objetos pessoais e utensílios que o idoso utiliza com frequência, campainha de emergência e telefone em locais de fácil acesso para que o idoso possa acioná-la sempre que necessário. Para facilitar a orientação do idoso aconselha-se a manter um relógio e um calendário em local visível.

As recomendações de Saldanha (2004) são para que a acomodação do idoso propicie independência, para que isto ocorra a cama deve ter altura suficiente para que uma pessoa sentada encoste toda a sola do pé no chão e o criado mudo deve ser 10 centímetros mais alto do que a cama.

Acredita-se que algumas dessas modificações no ambiente hospitalar sejam possíveis mesmo quando as condições estruturais e financeiras sejam precárias, situação infelizmente comum aos serviços de saúde pública no Brasil. Essas intervenções podem contribuir para a criação de um ambiente acolhedor para idoso e familiar. Indispensável também são as relações interpessoais que devem ser desenvolvidas de maneira a respeitar as deficiências causadas pelo envelhecimento e procedimento cirúrgico, promovendo encorajamento ao exercício do autocuidado e manutenção da individualidade e dignidade humana.

Idéia central 2: cuidados realizados conforme patologias existentes

Expressões-chave:

F2 – *“Então pelo fato de ser idoso, tem que ver as condições físicas, aí são vários fatores, tem doenças, anemia, não se alimenta direito, falta de hidratação, falta de vitamina...”*.

F4 – *“A gente já fica mais preocupado de ver se ele tem diabetes, se é cardiopata, se já teve AVC, se não tem alguma complicação, se já foi internado anteriormente, se já é hipertenso, a gente já fica mais atento com os sinais vitais, porque eles têm muitas medicações, prestar atenção e perguntar para a família o que eles tomam em casa, e se a medicação não é padrão tem que pedir para trazer de casa”*.

F7 – *“Os cuidados são realizados dependendo da demanda e das necessidades do paciente, se tem doença, se é uma pessoa dependente[...]”*.

Discurso do sujeito coletivo

Os cuidados são realizados dependendo da demanda, das necessidades do paciente e se tem doença. Tem que ver as condições físicas, aí são vários fatores, tem doenças, anemia, não se alimentam direito, falta de hidratação, falta de vitamina. Ficamos mais preocupados se ele tem diabetes, se é cardiopata, se já teve AVC, se não tem alguma complicação, se já foi internado anteriormente, se já é hipertenso, a gente já fica mais atento com os sinais vitais, porque eles vêm com muitas medicações, prestar atenção e perguntar para a família o que eles tomam em casa, e se a medicação não é padrão tem que pedir para trazer de casa.

A equipe se organiza para o cuidado com foco na doença, principalmente aquelas de maior prevalência na população. O cuidado é generalizado a todos os pacientes da unidade sem as especificidades que exige a pessoa idosa.

O modo de organização do trabalho focado na doença, reproduz o modelo biomédico que segundo Noak (1987), se caracteriza por considerar a existência de uma relação causal linear entre a causa e a doença.

A omissão que o modelo biomédico faz da autonomia conceitual da pessoa é consistente com as definições de saúde e doença conotadas, enfocando a saúde como ausência de doença e esta é conceptualizada considerando exclusivamente as perturbações que se processam na dimensão física da pessoa (ENGELL, 1977).

Os profissionais envolvidos em prestar assistência seguindo o modelo biomédico, de acordo com Laderman (1987) negligenciam a autonomia conceitual e as representações que as pessoas fazem de seu estado de saúde, não considerando as avaliações subjetivas sobre os sintomas, interpretações ou significações sobre as causas e evoluções das doenças, da implementação e da modificação de estilos de vida ou da decisão de adesão ou não às recomendações efetuadas.

Na velhice, o desenvolvimento da dependência nas atividades de vida diária é freqüentemente considerado como resultado do declínio biológico e doença, denotando a influência nítida do modelo de declínio biológico do envelhecimento. A associação da velhice com doença, velhice e disfuncionalidade e dependência e doença (RODRIGUES e BRÊTAS, 2003).

Reconhecer a doença é fundamental para a prática do cuidado de enfermagem, no entanto é essencial identificá-la junto às outras características da pessoa que enfrenta o adoecimento. Admitir as especificidades das manifestações da faixa etária e da própria pessoa diante da doença é o princípio do cuidado gerontológico de enfermagem.

Em resposta a questão 4: **como é realizada a organização da equipe para a prática dos cuidados aos idosos?**

Idéia central: cuidado fragmentado, divisão do trabalho por atividades segmentadas em sistema de rodízio.

F1 – *“Quem está na admissão e nos cuidados fica mais diretamente com esse paciente”.*

F2 – *“Todos vão tendo consciência, chegam e já procuram encaminhar os pacientes para o banho”.*

F2 – *“A gente se ajuda muito”.*

F3 – *“Na verdade a equipe é muito unida”.*

F4 – *“É diferenciado por turno, o turno da manhã e da tarde segue uma escala de atividades, fica um funcionário na medicação, o outro tira todas as sondas, resíduos, e verifica os sinais vitais e cuida do material”.*

F5 – *“Às vezes tem que esperar o colega terminar o serviço para ajudar a trocar fralda”.*

F6 – *“De noite é cuidado integral, a pessoa que faz o cuidado integral sabe que o paciente está com dor, então vai lá, faz a medicação”.*

F7 – *“Se o cuidado não é integral, é fragmentado, aí a questão dos cuidados fica falha”.*

F8 – *“Há uma resistência muito grande dos funcionários para cuidados integrais do pessoal da manhã e da tarde”.*

Discurso do sujeito coletivo

O cuidado aos idosos é realizado de forma fragmentada, por isso o cuidado falha. A gente se ajuda muito, na verdade a equipe é muito unida, todos vão tendo consciência, chegam e já procuram encaminhar os pacientes para o banho, quem está na admissão e nos cuidados fica mais diretamente com esse paciente. O cuidado é diferenciado por turno, o turno da manhã e da tarde seguem uma escala de atividades, fica um funcionário na medicação, o outro tira todas as sondas, resíduos, verifica os sinais vitais e cuida do material, às vezes tem que esperar o colega terminar o serviço para ajudar a trocar fralda. De noite é cuidado integral, a pessoa que faz o cuidado integral sabe que o paciente está com dor então vai lá, faz a medicação, se o cuidado não é integral, aí a questão dos cuidados fica falha, há uma resistência muito grande dos funcionários para cuidados integrais do pessoal da manhã e da tarde.

O DSC relata que a equipe tem consciência de que a melhor maneira de realizar assistência ao paciente é implementar cuidados integrais, no entanto manifestam resistência às propostas de mudança. Os cuidados integrais podem fazer prosperar os cuidados individualizados. A medida que o profissional realiza todos os cuidados ao idoso, mesmo de modo rotineiro como é desenvolvido, permanece mais tempo junto ao idoso e

conseqüentemente desenvolve processos interativos. Estes processos são instrumentos valiosos para o cuidado individualizado, necessário a pessoa idosa.

Os problemas originados pela redução do número de funcionários sobrecarregando, por vezes, os que permanecem trabalhando e o fato dos profissionais de enfermagem, auxiliares, técnicos e enfermeiros, que trabalham em regime de turnos e plantões a perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, motivados pela baixa remuneração advinda da atividade laboral, potencializando fatores que danificam sua integridade física e emocional, podem influenciar a motivação das enfermeiras em implementar e cobrar posturas de mudança dos funcionários em épocas de crise o que ocasiona a convivência destas com as decisões da equipe.

Rossi e Silva (2005) defendem que parece haver uma dificuldade, uma acomodação e uma certa passividade de alguns profissionais diante da necessidade de atualizar sua prática, de buscar novas tecnologias, novas formas de fazer e principalmente novas formas de ser no trabalho.

Segundo MENZIES *apud* PITTA (1990), as principais estratégias defensivas dos trabalhadores hospitalares são: a) fragmentação da relação técnico/paciente: se a relação for muito íntima, o profissional se tomará mais passível de angústia. Assim, o parcelamento da tarefa resulta em redução do tempo de contato com os pacientes; b) despersonalização e negação da importância do indivíduo (todo paciente é igual), que se traduzem no uso de uniformes; c) distanciamento e negação de sentimentos através do controle dos mesmos; d) eliminação de decisões por meio de ritual de desempenho de tarefas, buscando rotinas e padronizações. O dispêndio de tempo e energia para padronizar cuidados funciona como ritual de postergação e controle de decisões que deverão ser tomadas frente a demandas de doentes; e) redução do peso da responsabilidade em função do parcelamento, fragmentação e supervisão de tarefas.

Os profissionais de saúde ao tempo vêm deixando de focar o cuidado na pessoa que se encontra enferma e passaram a ser responsáveis pelos procedimentos, fragmentando o cuidado e a responsabilização pelo cuidado, dificultando o atendimento integral do doente, distanciando-se das reais necessidades deste.

A hierarquização, presente no processo de trabalho da enfermagem, resultou na segmentação do processo de cuidar, em que a enfermeira é responsável pelo planejamento do cuidado, mas quem o implementa são os auxiliares e técnicos de enfermagem, ocorrendo desse modo uma cisão entre o planejar e o fazer. Este modelo de gerenciar o cuidado, não responde mais às expectativas dos profissionais e das tendências gerenciais contemporâneas que defendem o exercício de um planejamento coletivo.

A resistência dos membros da equipe em assumir integralmente todos os cuidados com os pacientes, sinalizam maneiras de defesa evitando-se a sobrecarga de trabalho e de sofrimentos. A enfermeira, pode planejar estratégias para estimular os membros da equipe a aceitarem as mudanças, de maneira participativa e não impositiva, que propicie abrir espaços para negociar as modificações que considera necessárias para melhoria da qualidade da assistência.

A negociação para Matos *apud* Santos, (1998, p.20), “acontece espontaneamente, dentro de um processo democrático. Negociar significa manter integração permanente no processo de conversação, que importa na normalidade do relacionamento”. Sem a presença de uma boa comunicação verbal, a negociação não acontece, e o desgaste da negociação tende a gerar conflitos.

Em resposta a questão 5: **como diferenciam o cuidado realizado aos adultos e aos idosos?**

Idéia central: cuidado realizado de acordo com a capacidade funcional

F1 – *“Não tem uma diferenciação por ser idoso, tem dificuldade física mesmo, porque a psicológica independe de idade”.*

F2 – *“Às vezes, quando se percebe que eles precisam de alguma coisa”.*

F5 – *“Não fazer só por ser idoso, se avalia na hora, porque tem o idoso que é bem ativo, pode ir ao banheiro sozinho, pode até ir ao posto chamar a enfermagem em vez de tocar a campainha, tem que avaliar cada um, não tem como serem todos iguais tem uns que tem 80 anos e parecem ter 60, e outros que tem 60 e parecem ter 80”.*

Discurso do sujeito coletivo

“Não tem uma diferenciação porque é idoso, tem dificuldade física mesmo, porque a psicológica independe de idade, às vezes, quando se percebe que eles precisam de alguma coisa [...], mas os sinais vitais são vistos nos mesmos horários, os curativos são feitos nos mesmos horários. Não fazer só por ser idoso, se avalia na hora, porque tem o idoso que é bem ativo, pode ir ao banheiro sozinho, pode até ir ao posto chamar a enfermagem em vez de tocar a campainha, tem que avaliar cada um não tem como serem todos iguais tem uns que tem 80 anos e parecem ter 60, e outros que tem 60 e parecem ter 80. Tem pacientes de 65, 70 anos, que fazem tudo sozinhos, mas se é um idoso ou um adulto que precisa de um cuidado maior, então independente da idade”.

O DSC desvela o cuidado generalizado para adultos e idosos e o desconhecimento das peculiaridades da pessoa idosa propiciam o cuidado improvisado, alicerçado em informações

direcionadas para as necessidades dos indivíduos adultos e cumprimento das rotinas estabelecidas. A identificação dos cuidados segue a lógica dos mesmos cuidados para todas as faixas etárias.

O DSC evidencia que os profissionais de enfermagem percebem as dependências e fragilidades apresentadas pelos idosos, entretanto avaliadas de maneira informal, sem os conhecimentos disponibilizados pela gerontologia.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2005) independência é entendida como habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

A enfermagem gerontológica dispõe de um recurso fundamental para direcionar as necessidades específicas de cuidado ao idoso por meio da avaliação global do idoso. A avaliação global do idoso deve ser realizada de maneira interdisciplinar, à enfermagem cabe o papel fundamental de realizá-la preconizando os pontos direcionadores para implementação da sistematização da assistência de enfermagem.

Segundo Barcelos *et al* (2002, p. 114) “a assistência de enfermagem ao paciente idoso deve estar centrada no cuidar atento às alterações de saúde inerentes ao processo de envelhecimento e na manutenção ou recuperação da capacidade funcional para as atividades da vida diária”.

Preconiza-se a avaliação funcional do idoso para detectar as capacidades físicas e psíquicas que o idoso possui para desempenhar o autocuidado. O autor *op cit* ressalta a importância de se sistematizar a assistência ao idoso como maneira de prevenir e atenuar problemas, de maneira interativa e contextualizada, flexível e planejada para que seja efetiva e resolutiva.

Em respostas a questão 6: **quais as dificuldades que encontram para realizar o cuidado aos idosos internados na clínica cirúrgica?**

Idéia central: Falta de recursos materiais e humanos

F1 – *“A dificuldade maior é a falta de funcionários. É preciso ver as prioridades, se precisarem de algum apoio, tem que atender, o desgaste acaba sendo do profissional.*

F2 – *“O paciente já é idoso, muitos tem artrose, fazem uso de bengalas, de andador, já fez fratura, prótese de quadril, então se procura uma cama mais baixinha, para ter a facilidade de tirá-lo da cama”.*

F3 – *“O espaço físico é pequeno, se a cama é muito baixa dificulta nosso trabalho”.*

F4 – “RH é o problema, falta de materiais, permanentes, materiais como monitores, oxímetro, obviamente que se o paciente tem enfisema pulmonar, é idoso, seria adequado deixar monitorado, mas falta medicação, seringa, agulha, curativos, é difícil trabalhar, tem que ser um pouco artista”.

F5 – “A maior dificuldade hoje é de pessoal.”

F7 – “Tem que acomodar vários travesseiros, tem que elevar a perninha dele, para manter ele aquecido, porque quando sai do banheiro fica com muito frio, tem que ficar insistindo para que ele fique meia hora na poltrona”.

F8 – “A falta de materiais permanentes, ausência de cadeira de rodas para levar para exame, às vezes tem-se que levar na maca, final de semana não tem voluntários, sozinha com a maca é difícil”.

Discurso do sujeito coletivo

As dificuldades para realizar o cuidado aos idosos estão relacionadas a falta de funcionários, o problema maior é o RH. É preciso ver as prioridades, se ele estiver necessitando de algum apoio, tem que atender, o desgaste acaba sendo do profissional. O paciente já é idoso, muitos têm artrose, fazem uso de bengalas, de andador, já fez fratura, prótese de quadril, então tem que procurar uma cama mais baixinha, para ter a facilidade de tirá-lo da cama, o espaço físico é pequeno, se a cama é muito baixa dificulta nosso trabalho. Tem que acomodar vários travesseiros, tem que elevar a perninha dele para manter ele aquecido, porque quando sai do banheiro fica com muito frio, tem que ficar insistindo para que ele fique meia hora na poltrona. A falta de materiais permanentes, ausência de cadeira de rodas para levar para exame, às vezes tem-se que levar na maca, final de semana não tem voluntários, sozinha com a maca é difícil [...] materiais como monitores, oxímetro, obviamente que se o paciente tem enfisema pulmonar, é idoso, seria adequado deixar monitorado, falta medicação, seringa, agulha, curativos, é difícil trabalhar, tem que jogar com tudo o que se tem, ser um pouco artista.

O relato apresentado no DSC apresenta as dificuldades dos membros da equipe de enfermagem em realizar o cuidado aos idosos, principalmente àqueles com maior grau de dependência. Abordam a carência de recursos humanos e materiais, que poderiam auxiliar na realização das atividades de cuidado, revertendo-se em melhoria da qualidade da assistência prestada ao idoso e redução dos esforços físicos da equipe de enfermagem. A criatividade, é abordada como característica peculiar aos que trabalham em ambientes com recursos limitados, estimulando a improvisação e a (re)utilização de materiais. Referem-se também às dificuldades em estimular e convencer o idoso a movimentar-se no período pós-operatório e permanecer fora do leito.

Estes achados são semelhantes aos de Rodrigues e Brêtas (2003) em que auxiliares de enfermagem relatavam que as maiores dificuldades encontradas no ambiente de trabalho para realizarem o cuidado aos idosos dependentes eram a falta de recursos materiais e humanos e de estrutura física, que promoviam sobrecarga tornando o atendimento deficitário.

A diversidade de qualidades solicitadas aos profissionais da saúde, segundo Pitta (p. 55, 1999) refere que estas sejam “habilidade, força física, imaginação, entre outras, e da necessidade de se valorizar outras qualidades como as tecnologias informais e domésticas no desempenho das atividades, criando um espiral de conhecimento entre o saber técnico e o saber intuitivo que pudessem ser complementares e promotoras de enriquecimento mútuo”.

Em resposta a questão 7: **como realizam os cuidados de enfermagem aos idosos que apresentam complicações neuropsiquiátricas?**

Idéia central: atenção especial e envolvimento familiar por medo das intercorrências

F1 – *“Procuro dar mais atenção quando vejo que eles estão confusos, o medo é dele cair, então a gente procura entrar mais no quarto,”.*

F2 – *“Perigo é logo depois da cirurgia, tem que ficar atento”.*

F3 – *“Quando eles estão muito agitados a gente levanta a grade por segurança”.*

F4 – *“A gente conversa com o paciente e com a família quando se suspeita de síndrome de abstinência, se confirmam então é solicitado aos residentes medicações, temos psicólogo aqui, mas só quem pode fazer pedido de consulta é o médico”.*

F5 – *“Os que não tem acompanhante a gente tenta conseguir alguém da família para permanecer, pelo menos um tempo, mesmo que não seja o dia todo”.*

F8 – *“Tem síndrome de abstinência, mas eu não questiono o paciente que às vezes esconde, converso com a família”.*

Discurso do sujeito coletivo

No cuidado aos idosos com complicações neuropsiquiátricas procuro dar mais atenção, principalmente quando vejo que eles estão confusos, perigo é logo depois da cirurgia, tem que ficar atento, o medo dele cair, então a gente procura entrar mais no quarto. Quando eles estão muito agitados a gente levanta a grade por segurança. Os que não estão com acompanhante a gente tenta conseguir alguém da família para permanecer, pelo menos um tempo, mesmo que não seja o dia todo. Conversamos com o paciente e com a família quando suspeita-se de síndrome de abstinência, mas eu não questiono o paciente que às vezes esconde, converso com

a família, se confirmam então é solicitado aos residentes as medicações, temos psicólogo aqui, mas só quem pode fazer pedido de consulta é o médico.

Apresenta-se no DSC a concepção de riscos envolvendo as complicações neuropsiquiátricas necessitando de maior atenção e cuidado por parte da equipe aos idosos. Verifica-se as preocupações em elevar a grade de segurança do leito e suporte familiar para auxiliar nos cuidados com o paciente para que não permaneça sozinho.

Entende-se que as alterações neuropsiquiátricas aumentem os riscos de quedas, retirada de sondas e cateteres ameaçando a integridade física do idoso.

A equipe de enfermagem pode contribuir para o tratamento do idoso com alterações neuropsiquiátricas, com medidas ambientais que auxiliam a diminuir a agitação em pacientes temporariamente confusos.

De acordo com Francis *et al* (2002) as recomendações ambientais são:

evitar a restrição de movimentos do paciente, evitar o uso de restrições, mobilizar o paciente fora do leito, minimizar os estímulos estressantes, reduzir o ruído, evitar conversas discretas das pessoas na audição do paciente, proporcionar estímulos orientadores significativos (não calendários), janelas, atividades de rotina, promover boa higiene e sono, evitar hipnóticos e sedativos, evitar drogas que comprometam o sono (cafeína, teofilina), manter o paciente acordado e ativo durante o dia, proporcionar exposição à luz adequada durante o dia, otimizar a função sensorial, comunicar e transmitir segurança, proporcionar estimulação agradável, tornar o ambiente familiar ao paciente, evitar modificações desnecessárias no quarto, proporcionar itens do lar do paciente.

Essas medidas não farmacológicas auxiliam a orientar o paciente e reduzir a ansiedade, redirecionando-o para a realidade, no entanto equipes de saúde com número reduzido de funcionários dificultam as possibilidades de implementação de todas estas medidas. Percebe-se que as instituições públicas hospitalares não estão adaptadas para assistir adequadamente ao idoso e atender as demandas de cuidados que necessita.

Pacientes com problemas primários relacionados ao álcool e substâncias psicotrópicas raramente iniciam o uso na terceira idade. Quando apresentam quadro de uso nocivo e/ou dependência, geralmente o fazem secundariamente a um outro transtorno psiquiátrico ou orgânico. Tremores de extremidades, sinais de liberação autonômica como sudorese, taquicardia, febre, hipertensão arterial leve, além de ansiedade, desorientação têmporo-espacial, ilusões, alucinações e confusão mental são os sinais e sintomas que caracterizam a síndrome da abstinência alcoólica. O tratamento pode ser realizado com a correção de

distúrbios hidroeletrolíticos, reposição de tiamina e benzodiazepínicos (GONZALEZ; MENON, 2001, p. 231).

As complicações neuropsiquiátricas de maior ocorrência constatadas nos idosos foram a agitação e a confusão mental, frente a estas aponta-se a construção de alguns princípios basilares para o cuidado gerontológico de enfermagem que envolve: a) promover ambiente seguro; b) monitorar precauções contra convulsões; c) monitorar agitação do paciente; d) orientar o paciente e familiares em relação às precauções para queda; e) realizar monitorização dos sinais vitais; f) estimular a participação do idoso nas atividades de autocuidado; g) auxiliar quanto a localização no tempo e espaço (dia, mês, ano, horário, local em que se encontra, agenda da cirurgia); h) promover ambiente calmo e tranquilo para propiciar o descanso; i) comunicar alterações de conduta que exijam maiores intervenções.

Em resposta a questão 8: **como realizam os cuidados de enfermagem aos idosos que apresentam complicações gastrintestinais?**

Idéia central: cuidados com a alimentação e orientação dos familiares

F1 – *“Eles têm o conceito de que a pessoa tem que comer e trazem comida de casa e o paciente é idoso tem dificuldade de entender que não pode”.*

F2 – *“Eles não são hidratados, então sempre administrar soro, incentivar para que tomem água”.*

F3 – *“É difícil controlar a dieta, a família é orientada mas o hospital parece uma quitanda, porque dizem não gostar da comida do hospital... então se orienta conversar com a nutricionista, ver se podem trazer alguma coisa...”.*

F4 – *“Primeiro a alimentação, é preciso explicar para mostrarem o que trazem para a enfermagem, então trazem um litro de suco, iogurte e outras coisas que nem sempre é permitido”.*

F7 – *“Depois da oclusão intestinal, fazem diarreia, então tem que cuidar para tomarem água, hidratar com soro, o paciente que não está em diarreia mas está em jejum a gente relembra que tem que prescrever soro, medicação para as náuseas e vômitos e evitar que ele faça força, por serem idosos, soltam pontos, faz deiscência de sutura”.*

F8 – *“Os alimentos são identificados e colocados na geladeira, iogurte e frutas”.*

Discurso do sujeito coletivo

O cuidado aos idosos com complicações gastrointestinais deve ser primeiro com a alimentação, é preciso explicar para a família que deve mostrar para a enfermagem o que traz para o paciente, às vezes trazem um litro de suco, iogurte e outras coisas que nem sempre é permitido. Os alimentos são identificados e colocados na geladeira, iogurte e frutas. É difícil controlar a dieta, a família é orientada mas o hospital parece uma quitanda, porque dizem não gostar da comida do hospital [...] então se orienta conversar com a nutricionista, ver se podem trazer alguma coisa [...] eles têm o conceito de que a pessoa tem que comer e trazem comida de casa e o paciente é idoso tem dificuldade de entender que não pode. Os idosos não são hidratados, então sempre deve-se administrar soro, incentivar para que tomem água. Depois da oclusão intestinal, fazem diarreia, então tem que cuidar para tomarem água, hidratar com soro, o paciente que não está em diarreia mas está em jejum a gente relembra que tem que prescrever soro, medicação para as náuseas e vômitos e evitar que ele faça força, por serem idosos, faz deiscência de sutura”.

A equipe de enfermagem salienta no DSC as dificuldades que precisa enfrentar com os idosos e familiares relacionadas às orientações dietéticas no período pós-operatório. As alterações gastrointestinais causam incômodo, dor e riscos de depleção ou desequilíbrio hidroeletrólítico ao idoso no período pós-operatório. Em virtude disto a restrição alimentar nesse período, muitas vezes é necessária para o organismo se restabelecer do estresse cirúrgico, entretanto nem sempre é entendida desta maneira pelos familiares e idosos. A reprodução dos hábitos alimentares familiares, no ambiente hospitalar é freqüente e muitas vezes trazem problemas para equipe de enfermagem com as dietas necessárias para o idoso cirúrgico.

Segundo Penteado (2001, p.) “o comportamento alimentar dos idosos é uma estrutura difícil de se modificar, face as preferências de paladar, auto-indulgência, preconceito, indiferença, falta de apetite, pouca ingestão de líquidos, apatia e medo – medo dos alimentos errados, medo de constipação ou medo de indigestão”.

O alimento apresenta significativa manifestação cultural. Para Garine (1995) “o alimento desempenha diversas funções nas várias sociedades humanas, sendo intimamente relacionado com os aspectos sociais, religiosos e econômicos da vida cotidiana”.

Cuidar em enfermagem é um processo no qual estão envolvidos a equipe, o paciente e sua família, sendo importante considerar a bagagem cultural que trazem consigo em uma situação de enfermidade. Para facilitar a adesão às condutas preconizadas pelo tratamento é imprescindível o envolvimento dos familiares e idosos. O cuidado com a dieta no período pós-operatório requer o entendimento de ambas as partes, familiares e profissionais por meio do diálogo educativo.

As complicações gastrintestinais de maior incidência foram as náuseas e vômitos, diarreias e obstipação intestinal que poderiam ser abordados pela equipe de enfermagem com a orientação à alimentação adequada, a promoção do envolvimento dos familiares no

comprometimento com a alimentação adequada para o idoso, na manutenção do controle hídrico, no controle do peso do idoso, controle da hipovolemia, diarreia, constipação e vômitos, realizar monitorização dos sinais vitais, controlar a hemorragia e náuseas e vômitos, observar sinais de distensão abdominal ou desidratação, estimular a ingestão de água, atender as diretrizes da comissão de controle de infecção hospitalar no que se refere ao cuidado com sondas e drenos.

Em resposta a questão 9: **como realizam os cuidados de enfermagem aos idosos que apresentam complicações da ferida operatória?**

Idéia central: cuidados com a higiene e troca dos curativos

F2 – *“Eles não entendem muito bem que tem que limpar, lavar com água e sabão para depois fazer o curativo. Os recursos de curativo aqui são os convencionais, não tem curativo especial, então os cuidados tem que ser maiores”.*

F3 – *“Tem que orientar para cuidar do curativo”.*

F4 – *“A questão maior é da higiene, tem velho que não gosta de tomar banho. Aí tem que explicar, a cirurgia foi em um local contaminado, que é o intestino, às vezes com bolsa de colostomia. Então se não quiser tomar banho de chuveiro é dado no leito mas tem que tirar da cama e levar para deambular”.*

F5 – *Trocar com maior frequência o curativo, porque a pele já não é boa, a cicatrização não é boa, faz lesão com mais facilidade, com micropore ou esparadrapo, [...] observações quando se abre um curativo, tem que ser repassadas logo para o médico ou enfermeira, realizar as anotações do curativo, verificar quantidade da drenagem fora do comum, e observar os sintomas... tem que ficar em cima”.*

F6 – *“insistir, explicar e incentivar, mas eles não querem ir para o banho.*

F7 – *“mostrar que o curativo não pode ficar sujo nem fechado, quando eles vão embora, não sei como cuidam”.*

Discurso do sujeito coletivo

Eles não entendem muito bem que tem que limpar, lavar com água e sabão para depois fazer o curativo. Os recursos de curativo aqui são os convencionais, não tem curativo especial, então os cuidados têm que ser maiores, tem que orientar para cuidar do curativo, mostrar que não pode ficar sujo nem fechado, quando eles vão embora, não sei como cuidam. A questão maior é da higiene, tem velho que não gosta de tomar banho, tem que explicar, a cirurgia foi em um

local contaminado, que é o intestino, às vezes com bolsa de colostomia, insistir, explicar e incentivar, mas eles não querem ir para o banho. Então se não quiser tomar banho de chuveiro é dado no leito mas tem que tirar da cama e levar para deambular, trocar com maior frequência o curativo, porque a pele já não é boa, a cicatrização não é boa, faz lesão com mais facilidade, com micropore ou esparadrapo. Deve-se observar o curativo, realizar as anotações, verificar quantidade da drenagem fora do comum e observar os sintomas.

Conforme o DSC a equipe de enfermagem direciona os cuidados a ferida operatória na manutenção da higiene corporal, técnicas de curativo assépticas e orientações de cuidado com a manutenção do curativo ao idoso e à família.

O banho é uma prática de higiene cujo principal objetivo é a restauração da limpeza corporal. Outros benefícios são citadas por Timby (2001), como a eliminação de odores desagradáveis ao organismo, redução do potencial de infecções, estimulação da circulação sanguínea, oferecimento de uma sensação refrescante e relaxante e melhora da auto-imagem.

Instituições hospitalares estabelecem rotinas para a higiene do paciente, muitas vezes diferentes das praticadas no domicílio. Estas rotinas nem sempre são incorporadas pelos idosos, principalmente os mais velhos. Entretanto, esta recusa pode ser um sinal importante para se estabelecer cuidados de enfermagem. De acordo com Timby (2001), o idoso que negligencia sua higiene e boa apresentação pessoal pode estar manifestando algum sinal de depressão.

Ao ser hospitalizado, o idoso se encontra destituído de objetos pessoais, incluindo aqueles que podem propiciar mais conforto a ele durante o banho. Os problemas com o espaço físico não permitem que os pacientes tragam para a hospitalização muitos pertences. Ainda se vê coagido a realizar suas atividades de higiene de acordo com o planejamento das atividades da equipe de saúde. É preciso encontrar maneiras de flexibilizar as rotinas hospitalares para priorizar a individualidade de cada paciente, com o risco de se permanecerem atitudes distantes entre a teoria preconizada e a prática realizada.

Os cuidados com a ferida operatória podem se constituir em oportunidade primorosa para a observação e registro da incisão cirúrgica, com oportunidade de intervenções de enfermagem para reduzir a dor e evitar complicações maiores como as deiscências e infecções. Pode ser momento propício para observar as características de cicatrização da ferida, presença de secreções ou sangramentos, dos odores presentes e das características do curativo. Os registros desses, contribuem para a continuidade do trabalho da enfermagem dos outros turnos e de outros profissionais de saúde envolvidos no processo.

A inclusão da família como agente participativo do cuidado, auxiliando no cuidado à ferida operatória possibilita ao familiar a visualização das ações de cuidado realizada pelos profissionais. Estas atividades poderão ser orientadas e ensinadas ao acompanhante para serem realizadas no domicílio, após a alta hospitalar com mais segurança.

Os sinais de choque em idosos nem sempre se apresentam da maneira convencional, portanto, monitorar frequentemente sinais vitais de acordo com o preconizado para idosos observando comportamento e reações do paciente, que possam evidenciar complicações mais graves como choque e a *sepse*.

Em resposta a questão 10: **como realizam os cuidados de enfermagem com o acesso venoso dos pacientes idosos?**

Idéia central: fragilidade venosa e dificuldade na manutenção

F1 – *“Procurar cuidar para não perder o acesso, às vezes se estão confusos tiram o acesso. Então a gente pede para o acompanhante ajudar a cuidar, para não ter problemas.*

F2 – *“A gente fixa direitinho para não perder, porque às vezes é difícil achar outro. Também tem aqueles que as veias arrebentam fácil, tem que cuidar...”.*

F3 – *“A questão do acesso é complicada, os cuidados são essenciais, porque sempre tem muito aluno aqui. Eles trocam os acessos e se não anotam a gente nem fica sabendo”.*

F4 – *“A questão maior dos acessos é manter, é estar atento aos sinais de flebite para não complicar. Cuidar com a pele, na hora de fixar, que é muito sensível, irrita fácil.*

F5 – *“Tem sempre problemas com o acesso venoso, mas às vezes troca acesso e não anota, por isso que não aparece registrado, mas tem sim. Eles tem a pele dura, às vezes a gente vai puncionar e não entra o abocath”.*

F6 – *“É um dos problemas com os idosos, ainda os que tomam AAS, fica pior”.*

F7 – *“Perdem muito fácil, e tem uns que esquecem, batem o braço”.*

F8 – *“Tem que caprichar quando acha um acesso bom, ainda os velhinhos não é tanto, mas as velhinhas é mais difícil pegar”.*

Discurso do sujeito coletivo

Os cuidados de enfermagem com o acesso venoso são essenciais, tem sempre problemas com o acesso venoso, às vezes troca acesso e não anota, tem muito aluno aqui, eles trocam os acessos e se não anotam a gente nem fica sabendo tem que caprichar quando acha um acesso bom, ainda os velhinhos não é tanto, mas as velhinhas é mais difícil pegar. Os idosos tem a

pele dura, às vezes a gente vai puncionar e não entra o abocath, tem que cuidar para não perder o acesso, às vezes se estão confusos tiram o acesso. Então a gente pede para o acompanhante ajudar a cuidar, para não ter problemas. A gente fixa direitinho para não perder, porque às vezes é difícil para achar outro. Também tem aqueles que as veias arreventam fácil, tem que cuidar. A questão maior dos acessos é manter é estar atento aos sinais de flebite para não complicar. Cuidar com a pele, na hora de fixar, que é muito sensível, irrita fácil. Os idosos que tomam AAS, fica pior, perdem muito fácil, e tem uns que esquecem, batem o braço.

A prática cotidiana e as evidenciadas no DSC apontam que em idosos as dificuldades de punção e manutenção do acesso venoso são mais frequentes do que em pacientes jovens. As alterações provocadas pelo processo de envelhecimento e aquelas associadas ao envelhecimento patológico, trazem fragilidades vasculares importantes evidenciadas, por exemplo, em idosos com diabetes *mellitus* de longa data.

Segundo Timby (2001), a necessidade de administrar medicamentos por via intravenosa é frequente em idosos, no entanto a sua rede venosa pode estar bastante fragilizada. A enfermagem é a responsável por decidir sobre a escolha de locais, tipos de dispositivos, calibres de cateteres com o objetivo de administrar os medicamentos prescritos. A prática de punção de veias periféricas e administração de medicamentos exige habilidade e competência técnica e científica por parte do enfermeiro e equipe.

Ao investigarem pacientes cirúrgicos internados e submetidos à terapia intravenosa, Pereira & Zanetti (2000) constataram que o grau do cuidado de enfermagem, em 60% das punções realizadas, apresentou-se como insatisfatório e muito insatisfatório, sendo o tempo de permanência do dispositivo *in situ* de 24 a 72 h, em 47% dos pacientes. Corroborando com estes achados Lundgren *et al.* (1993) apontam que o cuidado de enfermagem, relacionado à manutenção do dispositivo venoso periférico *in situ*, diminui com o passar dos dias e que, após o segundo dia de observação, tal cuidado foi considerado insatisfatório.

Os cuidados de enfermagem com todos os procedimentos envolvendo a punção, manutenção e troca de local de punção são fundamentais para que a terapia medicamentosa seja adequadamente administrada, com menores agravos e sofrimentos para o idoso. O plano de cuidados deve incluir escolha apropriada do local de punção, fixação adequada com micropore, inspeção do local frequente e observação quanto ao uso de anticoagulantes, que podem tornar as veias mais frágeis à punção. As anotações da equipe são importantes para controle de qualidade e de riscos de infecção. É fundamental a monitorização do tempo de permanência dos cateteres conforme o preconizado pela comissão de controle de infecção hospitalar.

As complicações do acesso venoso que ocorreram nos idosos deste estudo, foram a fragilidade venosa e a flebite. A equipe de enfermagem deve estar atenta aos sinais de inflamação e infecção no local de punção, examinando sempre que proceder administração de fármacos ou quando o paciente se queixar. A escolha do material de punção como tipo, calibre, local e modo de fixação devem ser individualizados para cada idoso, para que assim se possa prevenir a ocorrência de flebites e hematomas identificando precocemente a fragilidade venosa e reduzindo a chance de complicações.

A consulta de enfermagem no pré-operatório seria ferramenta valorosa para identificar os fatores de risco de complicações com o acesso, podendo-se atuar com a equipe multiprofissional na correção desses fatores que envolvem nutrição adequada, utilização de medicamentos, preservação da rede venosa de maior calibre por ocasião da realização do procedimento cirúrgico.

Em resposta a questão 11: **Quais as dificuldades que envolvem os registros dos cuidados realizados?**

Idéia central: anotações sucintas para trabalhos complexos

F1 – “*Tem que dar atenção para os que precisam, ver as prioridades, então a gente faz, mas nem sempre tem tempo de anotar tudo o que faz*”.

F2 – “*A gente anota, mas importante mesmo é fazer certinho, cuidar para o bem do paciente*”.

F3 – “*Esses cuidados a gente só vê aqui dentro da clínica, porque no papel, nos registros não aparece*”.

F4 – “*A enfermagem não registra não por falta de tempo e sim de hábito. Também tem outros problemas, porque o funcionário não tem treinamento e quando tem a gente não consegue liberar o funcionário, porque eles tem que fazer o curso durante o horário de serviço, só que a enfermagem tem dois ou três empregos, e não pode vir fazer o curso fora do horário de trabalho*”.

F5 – “*Quanto a prescrição e anotações, a gente às vezes faz e não anota, mas todos que passam visita olham as anotações, eles usam o que a gente registrou*”.

F6 – “*As enfermeiras não fazem evolução e também não podem participar de nenhum curso por falta de funcionário*”

F7 – “*Se fosse informatizado seria mais fácil*”.

F8 – “*Os registros são bem resumidos, mas tem o que precisa saber. A gente sabe que precisa melhorar, vamos ver*”.

Discurso do sujeito coletivo

A enfermagem não registra os cuidados realizados não por falta de tempo e sim de hábito. Também tem outros problemas, porque o funcionário não tem treinamento e quando tem a gente não consegue liberar o funcionário, porque eles tem que fazer o curso durante o horário de serviço, só que a enfermagem tem dois ou três empregos, e não pode vir fazer o curso fora do horário de trabalho. A gente anota, mas importante mesmo é fazer certinho, cuidar para o bem do paciente. Quanto a prescrição e anotações, a gente às vezes faz e não anota, mas todos que passam visita olham as anotações, eles usam o que a gente registrou. Tem que dar atenção para os que precisam, ver as prioridades, então a gente faz, mas nem sempre tem tempo de anotar tudo o que faz. As enfermeiras não fazem evolução e também não podem participar de nenhum curso por falta de funcionário. Esses cuidados a gente só vê aqui dentro da clínica, porque no papel, nos registros não aparece, os registros são bem resumidos, mas tem o que precisa saber. A gente sabe que precisa melhorar, se fosse informatizado seria mais fácil.

O DSC revela a realidade comum dos hospitais públicos no que se refere aos registros da enfermagem. A equipe de enfermagem nas unidades de internação hospitalares são responsáveis por registrar em todos os turnos os cuidados realizados com os pacientes sob sua tutela. Durante as consultas aos prontuários pode-se observar que os registros de enfermagem são sucintos, com erros ortográficos e nenhuma padronização.

Para Santos *et al* (2003), a enfermagem produz diariamente muitas informações inerentes ao cuidado dos pacientes. Estima-se que seja responsável por mais de 50% das informações contidas nos prontuários dos pacientes.

Na unidade cirúrgica diariamente os profissionais médicos fazem prescrições de orientações e de medicação de forma informatizada e padronizada, as imprimem e os membros da equipe de enfermagem seguem as orientações. As enfermeiras realizam as prescrições igualmente informatizadas e padronizadas, este modelo atualmente exige reformulação. O sistema que prevalece nas anotações de enfermagem é o de registro manual. Sabe-se que a escrita é um hábito que só se desenvolve com o exercício, necessitando empenho intelectual para desenvolvê-lo, o que acarreta algumas dificuldades para alguns membros da equipe de enfermagem com baixo nível de escolaridade. No DSC demonstram ter consciência da necessidade de melhorar os registros de enfermagem, referindo importância a educação em serviço.

Para Santos *et al.* (2003) é problemático compilar esta massa de informação que:

[...] cresce em progressão geométrica nos protocolos e registros manuais, torna ineficiente o gerenciamento para uma tomada de decisão racional e

objetiva por parte dos enfermeiros. Além disso, há o fato de que as anotações são inconsistentes, ilegíveis e subjetivas, não havendo uma definição metodológica estruturada.

Conforme DSC, os profissionais de enfermagem não fazem registros por falta de tempo, mas sim por hábito. Os hábitos segundo Castilho e Vásquez (2006, p. 76) são: “formas de comportamento que estão arraigadas por meio da repetição. Todo o hábito representa a resposta a satisfação de uma necessidade. A erradicação de tal hábito, não é possível a menos que se permute por outra melhor forma de satisfazer tal necessidade”.

Os registros no prontuário do paciente são realizados por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e de outros profissionais, que se utilizam das informações registradas por todos da equipe de saúde para decisões clínicas e diagnósticas. O alto manuseio dos prontuários, trazem falhas nos métodos de registros.

Segundo Fernandes *et al.* (1981, p. 64):

esses problemas devem ser considerados, visto que o prontuário é um documento do paciente e os registros efetuados tem efeito legal para eventuais questionamentos jurídicos. Ainda, que muitas informações são desperdiçadas para questões de pesquisa, motivados pelas falhas nos registros. O registro das ações de enfermagem no prontuário é um instrumento de grande significado na assistência de enfermagem, sendo indispensável para a adequada prestação do cuidado ao paciente.

Os métodos modernos de registros são necessários porque agilizam a tarefa e possibilitam maior visibilidade ao trabalho da enfermagem, que realiza muito mais do que registra. O registro de enfermagem é um poderoso instrumento que descreve diariamente, de maneira objetiva, concisa e precisa o comportamento físico, psíquico e clínico do paciente que se encontra sob os cuidados de enfermagem.

A comunicação escrita documenta, de modo permanente, no prontuário, são informações relevantes sobre os cuidados prestados ao paciente, e cabe ao enfermeiro a responsabilidade de mantê-lo atualizado (IYER *et al.*, 1993).

- os eventos de maior incidência evidenciados nos diferentes tipos de complicações foram: dor, náuseas e vômitos, dispnéia, edema, anemia, alteração do padrão de sono e confusão mental;

- as características relacionadas à maior incidência dos óbitos foram: pacientes na faixa etária de 65 a 74 anos; mulheres; cirurgias de emergência; tempo cirúrgico superior a 121 minutos; cirurgia do tipo laparotomia exploratória; avaliação de risco cirúrgico grau ASA IV e os idosos não submetidos à avaliação para risco cirúrgico.

5.5 SÍNTESE DAS INTERPRETAÇÕES DA PESQUISA QUALITATIVA – DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

Os achados evidenciados por meio das entrevistas realizadas com os membros da equipe de enfermagem e as interpretações desenvolvidas fundamentadas nas informações dos discursos do sujeito coletivo, permitiram tecer algumas considerações.

Primeiramente a equipe de enfermagem não utiliza os mesmos critérios para identificação do idoso. Entende-se que com capacitação gerontológica dos profissionais de maneira densa e própria, possa-se padronizar a identificação do idoso por meio da caracterização cronológica, biológica e funcional, contemplando assim as várias dimensões do que é ser idoso. Entende-se que a escolha de um limite cronológico para delimitação da entrada na velhice seja necessária para a implementação de programas gerontológicos.

Os acompanhantes dos idosos encontram-se alocados de maneira inapropriada visto que os estabelecimentos de saúde não estão adequados para recebê-los conforme preconiza a legislação. Esta situação causa constrangimentos desnecessários para os acompanhantes e para a equipe. Portanto entende-se que a equipe de enfermagem deva respeitar a decisão do idoso em manter ou não acompanhante durante a internação hospitalar e à instituição de saúde buscar adequação do espaço físico para idoso e acompanhante, além de buscar os recursos materiais e humanos para o desenvolvimento do cuidado gerontológico de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem ao idoso são planejados em função de suas restrições físicas, incapacidades, dependências e patologias associadas.

A equipe se organiza para o cuidado de maneira fragmentada sem a busca em cuidar de maneira integral. Desenvolver cuidado integral ao idoso, entendendo-se este como sendo o cuidado individualizado, em que um mesmo profissional se responsabiliza em realizar todas as atividades específicas ao cuidado de enfermagem, para o paciente durante seu turno de trabalho.

Os cuidados de enfermagem às principais complicações cirúrgicas evidenciaram que a equipe se preocupa em cuidar, no entanto não possui conhecimentos para desenvolver cuidado específico ao idoso. De acordo com Campedelli (1983) a atuação da enfermeira junto ao idoso deve estar centrada na educação para a saúde, no "cuidar" tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência e felicidade.

Pode utilizar para tanto a assistência sistematizada de enfermagem, na identificação dos problemas dos idosos de maneira individualizada, planejamento, execução e avaliação do atendimento a cada situação. Para a elaboração do Planejamento da assistência de enfermagem, deve-se considerar os recursos disponíveis em relação ao ambiente físico, aos equipamentos, à equipe de saúde e de enfermagem, família, serviços de apoio, entre outros. O plano de enfermagem deve ser frequentemente reavaliado para oportunizar as alterações, posto que não é estático.

Os registros de enfermagem não refletem as atividades executadas pela equipe, encontrado-se por vezes fora do convencionado pela grafia correta, clara e concisa, deixando lacunas entre as atividades realizadas e as registradas, não contribuindo para a visibilidade da profissão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciados por meio da pesquisa quantitativa retrospectiva auxiliaram a traçar o perfil do idoso hospitalizado em situação cirúrgica. Entende-se que utilização de dados secundários, que pode deixar lacunas entre os fatos ocorridos e os registrados, no entanto forneceram informações interessantes que podem auxiliar na construção inicial de propostas de cuidado gerontológico aos idosos em situação cirúrgica.

Estes resultados mostraram a necessidade do olhar atento para o rigor da avaliação global pré-operatória no idoso. A rapidez na indicação cirúrgica com o intuito de evitar a morte do idoso é atitude no mínimo discutível, já a velocidade imposta durante a cirurgia para diminuir o tempo de exposição do paciente idoso poderá ser a garantia de menor morbidade e mortalidade.

A avaliação global do idoso é um instrumento para ser utilizado pela equipe multiprofissional, que considera a multidimensionalidade do cuidado gerontológico, incluindo as escalas de atividades básicas e instrumentais da vida diária que possibilitam quantificar o grau de dependência e de autonomia do idoso e são ferramentas que auxiliam e subsidiam o planejamento e intervenções terapêuticas e de cuidado.

A implementação de protocolos específicos no serviço para atendimento ao idoso pode contribuir na identificação dos fatores de risco e medidas de correção antes da intervenção cirúrgica. Serviços de geriatria brasileiros vêm desenvolvendo experiências positivas que podem ser replicadas por serem de fácil aplicabilidade, boa resolutividade e adequadas à

realidade brasileira, sem requererem custos elevados. Estes protocolos incluem as escalas de avaliação de risco de tromboembolismo, cardíaco, de delirium entre outras disponíveis.

As doenças associadas àquelas de porte cirúrgico merecem destaque, visto a alta prevalência, a maioria considerada de caráter crônico, como a hipertensão arterial sistêmica evidenciada neste estudo. Os problemas de alimentação na faixa etária dos idosos incluem tanto a desnutrição como o consumo excessivo de calorias por meio de dietas ricas em gorduras, sal e açúcares, e pobres em nutrientes originários de frutas e verduras/legumes. Estas dietas suprem uma quantidade insuficiente de fibras e vitaminas que, combinadas ao sedentarismo, são fatores de riscos importantes para as complicações cirúrgicas. Este dado merece reflexão no sentido de salientar a necessidade da intersectorialidade entre os serviços que atendem o idoso no seu cotidiano e aquele que o recebe para realizar procedimento cirúrgico. O setor primário tem função primordial de estabelecer orientação e controle das doenças crônicas. Os idosos apresentariam condições de saúde mais estáveis, as quais minimizariam os riscos de complicações cirúrgicas.

Os conhecimentos gerontológicos difundidos pelas equipes de saúde nas instâncias primárias e secundárias podem auxiliar na detecção precoce de sinais que evidenciem possibilidades de complicações e imprimem maior agilidade para interromper ou prevenir sua instalação. Mesmo na presença de complicações, acredita-se que os conhecimentos gerontológicos auxiliam os membros da equipe a optar quanto as melhores alternativas para otimização dos cuidados à pessoa idosa.

Organizar a base de conhecimentos de enfermagem, prever os cuidados necessários a uma população específica e orientar a seleção de elementos no serviço de cirurgia necessita de conhecimento amplo, que torne a equipe capaz de realizar um julgamento clínico eficiente não só na formulação de diversos diagnósticos, mas também na escolha de intervenções adequadas. Isto inclui também a priorização criteriosa dos diagnósticos, diminuindo a ênfase na opinião de especialistas, na sabedoria convencional, e aumentando o destaque na evidência real, o que é essencial especialmente nos pacientes com grande número de diagnósticos como é o caso dos idosos.

Os diagnósticos dirigidos e elaborados aos idosos por meio das perdas com o intuito de minimizá-las e compensá-las são necessários na situação cirúrgica. Entretanto, precisam ser evidenciados por informações focadas nas concepções das avaliações dirigidas, especificamente a faixa etária idosa. Do contrário, trabalha-se diante das aparências de modo simplista, excluindo as possibilidades do cuidado gerontológico. O desenvolvimento da gerontologia na enfermagem exige dos profissionais conhecimentos sobre conceitos,

terminologias e teorias que sustentam o tema, principalmente frente às peculiaridades desta área cirúrgica que muito mudou na última década.

O cuidado cirúrgico para o idoso é coletivo, constituído pela totalidade das práticas, das atitudes e de conhecimento dos vários profissionais que dão sustentação à dinâmica do cuidado. Assim sendo, é necessária a utilização criteriosa, explícita e conscienciosa das evidências disponíveis para tomar decisões sobre os cuidados de cada paciente. Segundo Erdmann (2007, p. 183) é preciso “um esforço incansável na busca de novas formas de ação/interação, isto é, na busca do novo, a partir daquilo que existe do real”. Partes destas evidências são disponibilizadas pela pesquisas que avaliam a efetividade das intervenções dos cuidados.

A investigação contínua acerca das complicações do período pós-operatório em idosos auxilia na formação de um corpo de conhecimentos específicos para esta faixa etária, visto que parte considerável da literatura que contempla o período perioperatório e os cuidados é alicerçada em pesquisas desenvolvidas com pessoas mais jovens, que reagem de forma diferente ao processo cirúrgico. A identificação das principais complicações cirúrgicas do idoso no período pós-operatório, obtidas por meio da pesquisa quantitativa retrospectiva, orientou as entrevistas com a equipe de enfermagem na elaboração de algumas considerações acerca dos cuidados realizados aos idosos na clínica cirúrgica.

A participação da enfermagem em todo o período perioperatório do idoso, instrumentalizada com os conhecimentos gerontológicos, proporciona avaliar e detectar fragilidades e necessidades especiais do idoso em várias dimensões (condição de saúde, de vida e econômica; identidade social; concepções religiosas, familiares e outras) tanto quanto potencializar os recursos particulares de cada idoso para enfrentar de maneira positiva a situação cirúrgica.

O crescimento da população idosa que se submete aos procedimentos cirúrgicos leva inevitavelmente a um aumento de recursos humanos e materiais nos serviços. Segundo Veras (2003), o aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que frequentemente exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado. Pode-se considerar que a redução da incidência de complicações possibilita redução de custos financeiros, sociais e de sofrimentos para os idosos.

A Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994) está comprometida com as demandas do envelhecimento, entretanto a efetividade do plano de ação ainda inicia seus primeiros passos. Uma constatação desta afirmação anterior, das tantas observadas no cotidiano das instituições,

são as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem para instituir o direito do idoso ao acompanhante quando hospitalizado, o que é fato freqüente em razão da inexistência da acessibilidade. A acessibilidade é um processo de transformação do ambiente e de mudança da organização das atividades humanas, que diminui o efeito de uma deficiência ambiental. Segundo Vidigal e Cassiano (2008, p. 127), esse processo deverá representar um conjunto de idéias que terão sucesso em atender, simultaneamente, diferentes indivíduos com diferentes necessidades, de maneira a facilitar a vida e a convivência de todos.

Os registros precisos das atividades relacionadas ao idoso são importantes instrumentos de avaliação e acompanhamento do cuidado gerontológico, entretanto é imprescindível que seja contínuo e sistemático dentro dos padrões do rigor técnico de redação em ciências da saúde. É necessário dar a real importância aos registros como um dos modos de dar visibilidade à profissão e como elo de trabalho entre as equipes profissionais.

A união dos recursos disponíveis no hospital de ensino que compõem o atendimento ao idoso cirúrgico, e as instituições de ensino – principalmente aquelas universidades que utilizam o serviço e os instrumentos de formação humana em saúde – podem unir esforços para encontrar os caminhos de mudança dessa situação.

A construção da atenção ao idoso, em bases da interdisciplinariedade só pode ser alcançada com a formação acadêmica apropriada por meio de cursos de graduação e pós-graduação na área da Gerontologia, para que se estabeleça uma rede de cuidados apropriada para a situação real do idoso, possibilitando potencializar as capacidades individuais, familiares e sociais para que sociedade e idosos encontrem o caminho do envelhecimento ativo e saudável.

A pesquisa gerontológica no Brasil ainda é iniciante no sentido qualitativo e quantitativo, com exceções de alguns grupos de pesquisa nacionais – a maioria ligada a universidades. Destaca-se a necessidade urgente de apoio à pesquisa no campo da gerontologia envolvendo os profissionais assistenciais. Os serviços e os profissionais da saúde precisam realizar investigações que sejam capazes de apontar caminhos mais assertivos frente a cuidados da população idosa. Atualmente os países de baixa renda representam 85% da população mundial e 92% da carga de doença, mas contribuem com apenas 10% dos gastos mundiais em pesquisa na área da saúde (OMS, 2000).

Inicia-se no Brasil a construção de um campo de pesquisa em envelhecimento. Em 2004, o Ministério da Saúde estabeleceu uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em saúde. Em relação a este documento, recomenda-se a criação de redes de pesquisadores para otimizar os recursos; a interdisciplinaridade; a intersetorialidade e a manutenção da

periodicidade dos inquéritos nacionais de saúde. Os eixos temáticos desta agenda são os impactos do envelhecimento, a atenção à saúde do idoso e os mecanismos das doenças associadas ao processo de envelhecimento.

As recomendações do envelhecimento ativo reforçam que os princípios e abordagens básicos no cuidado de idosos devem ser obrigatórios no treinamento de todos os estudantes de medicina e enfermagem, bem como de outros profissionais da área de saúde e de outros trabalhadores das áreas sociais, de recreação, planejamento urbano e arquitetura (WHO, 2005).

Acredita-se que a enfermagem possa atuar de maneira efetiva nas relações entre idosos, equipe e família, no sentido de integrar todos os envolvidos para a promoção do cuidado, de modo integral e apropriado às necessidades dos idosos hospitalizados em situação cirúrgica.

Não se podem admitir determinismos estruturais dos profissionais envolvidos no cuidado com o idoso cirúrgico e tampouco reducionismos que empobrecem a complexidade do humano e do trabalho das equipes que atuam isoladamente.

A especificidade da pessoa idosa, especialmente na situação cirúrgica, exige o trabalho interdisciplinar e a construção de um novo olhar que requer diálogo e reflexão por parte dos profissionais de saúde, serviços, instituição e pesquisadores.

REFERÊNCIAS

ABBAS S.; BOOTH M. Major abdominal surgery in octogenarians. **N. Z. Med. J.**, v. 17, p.1116-1172, 2003.

ALEXANDER, M.D.; PRUDDEN, J.F. The causes of abdominal wound disruption. **Surg. Gynecol. Obstet.**, St. Louis, v.122, 1223-1239, 1966.

ASA. American Society of Anesthesiologists. Relative Value Guide. P.vii. 1998. Disponível em: <http://www.asahq.org/ProfInfo/PhysicalStatus.html>. Acesso em: 20/2 2007.

BARCELOS, E.M.; MADUREIRA, M.D.S.; CUNHA, M.H.F. Avaliação pelo enfermeiro, princípios da assistência de enfermagem em geriatria e gerontologia. In: _____. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p 107-120.

BECK, L.H. The aging kidney: defending a delicate balance of fluid and electrolytes. **Geriatrics**, New York, v.55, 26-28, 2000.

BERGER, L.; MAILLOUX-POURIEX, D. **Pessoas Idosas**: uma abordagem global. Processo de enfermagem por necessidades. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BLACK D.; MATASSARIN-JACOBS, E. **Enfermagem médico-cirúrgico**, uma abordagem psicofisiológica, 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BLANSKI, C.R.K; LENARDT, M.H. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.26 n.2, p. 180-188, 2005.

BOGOSSIAN. L. **Manual prático de pré e pós-operatório**. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995.

BURNS, G.P.; PARIKH, S.R. Abdominal surgery in the elderly patient. **Clin. Geriatric Med.**, Philadelphia, v. 6, n.3, p. 589-607, 1990.

BURNS, R.P. *et al.* Appendicitis in mature patients. **Ann. Surg.**, Philadelphia, v.201, p.695-704, 1985.

BRASIL. Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Rio de Janeiro: Conselho Nacional de Saúde; FIOCRUZ, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 280 7 de abril de 1999**. Disponível: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM_P280_99acomp.doc
Acesso em: 20/2/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 50, Resolução – de 21 de fevereiro de 2002. **(I) Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999.** Biblioteca virtual [online]. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 12/1/2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do idoso.** Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.607 de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 238, 13dez. 2004. seção 1.

BRASIL. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília, 2006.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridade de pesquisa em saúde:** relatório de progresso, 2004. Disponível: http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/decit/2confereceia_ct/agenda_prioridades_cnctis.pdf Acesso em: 10/4/2007.

BRICEÑO-LEÓN, ROBERTO. Quatro modelos de integração de Técnicas Qualitativas e Quantitativas de Investigação nas Ciências Sociais. In: GOLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; GOMES, Mara Helena de Andréa. **O clássico e o novo:** tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p.157-183.

CAMPEDELLI, M.C. Atuação da enfermagem em geriatria e gerontologia REVISTA PAULISTA DE HOSPITAIS. 1983 **Rev. Paul. Hosp.**, São Paulo, n.31, v.9/10, p.198-200, set/out., 1983.

CALDAS, C.P. Abordagem de enfermagem centrada no cliente idoso internado. In: **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar.** Série atualizações em enfermagem.. São Paulo: Atheneu, 2004.

CALDAS, C.P. Aspectos éticos: considerando as necessidades da pessoa idosa. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. (Org.). **Saúde do idoso:** a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciências, 2004. p 37-40.

CALDAS, C.P. 2006. O desenvolvimento histórico e teórico da gerontologia. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. **Formação humana em geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006. p. 26-30.

CARVALHO FILHO, E.T.; BETITO, R.M. Pré e pós-operatório. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria:** fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 633-643.

CASTILHO, C. A. G.; VÁSQUEZ, M. L. El cuidado de si de la embarazada diabética como una via para asegurar un hijo sano. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 74-81, jan./mar., 2006.

CESAR, C.L.G. **Fatores de risco associados à mortalidade infantil em Cotia e Vargem Grande Paulista**: uma proposta de instrumentos preditivos. Tese - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1989.

CRESS, C. **The handbook of geriatric care management**. Gaithersburg: Aspen Publ., 2001.

CHUNG, J.W.; LUI J.C. Postoperative pain management: study of patients level the pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain. **Nurs. Health Sci.**, Carlton, v.5, p.13-21, 2003.

DEECKEN, A. **Saber envelhecer**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

DUARTE, Y. **Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe**. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

DUTIE, E.H.; KATZ, P.R. **Geriatría práctica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, Washington, v.196, p.129-136, 1977.

ERDMANN, A. L. *et al.* Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n.2. p.109-242, abr./jun. 2007.

FARINATTI, P.T.V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Rev. Bras. Med. Esporte**, São Paulo, v. 8, n. 4, p.129, jul./ago., 2002.

FERNANDES, R.A.Q, *et al.* Anotações de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.15, p.63-68, 1981.

FERRARI, M.A.C. O envelhecer no Brasil. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.23, n.4, p.197-203, jul./ago., 1999.

FLEMING, K.C. In: GALLO, J. *et al.* **Assistência ao idoso**: aspectos clínicos. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 62, p. 563-572.

FRANCIS JR., F. Delirium in older patients. **JAGS**, v.40, p.829-838, 1992.

FRANCIS JR., F. Delírio. In: DUTHIE JR, E.H.; KATZ, P.R. **Geriatría práctica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p. 271-277.

FREITAS, E.V. Avaliação de risco cirúrgico no Idoso. **Gerontologia**, São Paulo, v. 3, n.2; p. 87-93, 1995.

FREITAS, M.C. *et al.* Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão de literatura. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.10,n.2, p. 221-228, mar./abril, 2002.

FULTON, J.S. Long-term vascular access devices. **Annu. Rev. Nurs. Res.**, New York, v.15, p. 237-262, 1997.

FUNCHAL, E. *et al.* Rituais vivenciados pelo corpo fumante. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 10, n. 1, p.53-59, 2005.

FURTADO, R.D. Implicações anestésicas do tabagismo. **Rev. Bras. Anesthesiol.** Campinas, v.52, n.3, p.354-367, 2002.

IBGE, 2000. disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/30082004projecaopopulacao.shtm>
Acesso em: 10/7/2007

GARINE, I. Los aspectos socioculturales de la nutrición. In: CONTRERAS, J. **Alimentación y cultura: Necesidades, gustos y costumbres**. Barcelona: Universitat de Barcelona, 1995.

GOODE, P.S.; ALLMAN, R.M. Úlceras de pressão. In: DUTHIE, E.H.; KATX, P.R. **Geriatria prática**. Tio de Janeiro: 3ed, Revinter, 2002. p. 222-229.

GOLEMBIEWSKI, J.A.; O'BRIEN, D. A systematic approach to the management of postoperative náusea and vomiting. **J Perianesth nurs.** v. 17, n. 6, p.364-76, 2002.

GOMES, A.A.G. O velho e a velhice: dos primeiros tempos ao início da era cristã. **Gerontologia**, São Paulo, v.6, n.3, p.145-152, 1998.

GORDILHO, A. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UNAti/UERJ, 2000.

GUIMARÃES, **Teorias biológicas do envelhecimento**. In: **Formação humana em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006. p. 174-177.

HAMMERSCHMIDT; K.S.A.; BORGHI, A.C.S.; LENARDT, M.H. Ética e estética: envolvimento na promoção do cuidado gerontológico de enfermagem. **Texto e contexto de enfermagem.**, v. 15, p. 114-124, 2006.

HARRYS, M.I. Epidemiology of diabetes mellitus among the elderly in the United States. **Clin Geriatr Méd.**, Philadelphia, v.6, p.703-719, 1990.

IYER, P.R.; TAPTICH, B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JOHNSON, J.C. Princípios cirúrgicos do envelhecimento. In: **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 401-404.

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. A global strategy for healthy ageing. **World Health**, v.4, p. 4-5, 1997.

KAWAMOTO, S.; HORTON, K.M.; FISHMAN, E.K. Pseudomembranous colitis: spectrum of imaging findings with clinical and pathologic correlation. **Radiographics**, Easton, v.19, n.4, p. 887-897, 1999.

KOMATSU, R.S. **Aprendizagem baseada em problemas**: sensibilizando o olhar para o idoso. São Paulo: 2003.

KOJIMA, Y.; NARITA, M. Postoperative outcome among elderly patients after general anesthesia. **Acta Anesthesiol Scand.**, Copenhagen, v. 50, p. 19-25, 2006.

KÜSTER FILHO, A.C. *et al.* Estudo comparativo da população geriátrica cirúrgica no Hospital de Clínicas, Curitiba – UFPR, no intervalo de dez anos (1989-1999). **Rev. Bras. Med**, São Paulo, v.59, n.6, p. 475-478, 2002.

LADERMAN, S. The ambiguity of symbols in the structure of healing. **Soc. Sc. Med.**, Oxford, v.24, p.293-301, 1987.

LEFÉVRE F., LEFÉVRE A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEITE, R.C.B. **Percepção da assistência de enfermagem em relação ao idoso**. Tese - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2002.

LENARDT, M. H. *et al.* O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 10, n. 1, p 16-25, 2005.

LENARDT, M.H. *et al.* O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 11, n.2, p. 117-123, 2006.

LIMA, M.G.D.; SCHIER, J.; GONÇALVES, L.H.T. O acompanhante do idoso hospitalizado: um cliente, um parceiro de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.6, p. 387, 1997.

LUNDGREN, A.; JORFELDT, L.; EK, A.C. The care and handling of peripheral intravenous cannulae on 60 surgery and internal medicine patients: an observation study. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v.6, p.963-971, 1993.

MACIEL, A. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MENEZES, M.R. **Participação da família na assistência do idoso hospitalizado**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1985.

MEDEIROS, A.L.C. Complicações cirúrgicas no paciente idoso. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L.G. **Cirurgia geriátrica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998. p. 363-372.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec, 1993. p.19-91.

MENDOZA, I.Y.Q. **Paciente idoso cirúrgico: complicações no período de recuperação pós-anestésica**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

MINAYO, M.C.S., MINAYO-GOMEZ, C. Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (Org.). **O clássico e o novo – tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MOTA, L. B. Processo de envelhecimento. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. (Org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciências, 2004. p 117-124.

NISHIDA, K. *et al.* Emergency abdominal surgery in patients aged 80 years older. **Surg. Today**, Tokyo, v. 30, p. 22-27, 2000.

NOAK, H. Concepts of health and health promotion. In: BRZEZINSKI, A.Z.J.; CARSTAIRS, D.L. (Ed.), **Measurement in health promotion and protection**. Copenhagen: Word Health Organization, 1987. n.22, p.5.28.

NOLAN, L.; O'MALLEY, K. Prescribing for the elderly: Part II. Prescribing patterns: differences due to age. **J. Am.Geriatr. Soc.**, New York, v.36, p.245-254, 1988.

NGUYEN, N.T.; RIVERS, R.; WOLFE, B.M. Factors associates with operative outcomes in laparoscopic gastric bypass. **J. Am. Coll. Surg.**, Chicago, v.197, v.4, p.548-555, 2003.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS, 2005. 60p.

OPAS. **Resolución XIX: Violência y salud**. Washington, 1993.

OPERATIVE COMPLICATIONS. **Medical Dictionary** (on line). Califórnia; 2004. Disponível em: <http://cancerweb.ncl.ac.uk/cgi-bin/omd?complication> Acesso em: 20/4/2007.

OLIVEIRA, J.P.M.; MENDES, G.M.P.P. Aspectos gastroenterológicos no paciente idoso. In PETROYANU, A.; PIMENTA, L.G. **Cirurgia Geriátrica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998. p. 759-767.

OLIVETTI, G. *et al.* Cardiomyopathy of the aging human heart: myocyte loss and reactive cellular hypertrophy. **Cir. Res.** Dallas, v. 68, p.1560-1568, 1991.

PAPALÉO-NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO-NETTO, M. (Ed.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PAPALÉO NETO, M.; SALLES, R. F. N. Fisiologia do envelhecimento: aspectos fundamentais. In: PAPALÉO NETO, M.; BRITO, F. C. de. **Urgências em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.1-8.

PENA, S. B.; DIOGO, M.J.D. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. v 13 n 5, set/out 2005. p. 663-669.

PENICHE, A.C.G. Abrangência da atuação do enfermeiro em sala de recuperação anestésica como perspectiva de melhor assistência ao paciente no período perioperatório. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.29, p.83-90, 1995.

PENTEADO, P.T.P.S. **Idosos, condições de vida, saúde e nutrição, no município de Curitiba**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

PEREIRA, M.E.C.; CALIL, J.A. Úlcera por pressão. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALEO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 661-668.

PEREIRA, R.C.C.P.; ZANETTI, M.L.; RIBEIRO, K.P. Tempo de permanência do dispositivo venoso periférico, *in situ*, relacionado ao cuidado de enfermagem, em pacientes hospitalizados. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.34, p.79-84, 2001.

PESSAUX, P. *et al.* Laparoscopic cholecystectomy in the elderly. **Surg. Endosc.**, New York, v. 14, p.1067-1069, 2000.

PETROIANU, A.; PIMENTA, L.G. **Cirurgia geriátrica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

POMPEO, D.A.; *et al.* Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato. **Acta Paul Enferm**, n. 20, v. 2, p.191-198, 2007.

PROENZA, A.Q. *et al.* El adulto mayor em cirugía general. **Rev. Cubana Cir.** Havana, v.40, n.4, 305-311, oct-dez, 2001.

REISS, R. DEUTSCH, A.A.; NUDELMAN, I. Surgical problems in octogenarians: epidemiological analysis of 1083 consecutive admissions. **W. J. Surg.**, New York, v. 16, p.1017-1021, 1992.

ROCHA, A.B.L.; BARROS, S.M.O. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paul Enferm**. N. 20, v. 2, p. 143-150, 2007.

RODRIGUES, M. R.; BRÊTAS, A.C.P. As concepções de auxiliares de enfermagem quanto à relação dependência-autonomia de idosos hospitalizados. **Texto Contexto Enferm.**, v. 12, n. 3, p.323-331, jul.-set. 2003.

ROSSI, F.R., SILVA, M.A.D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP**, v 39, n 4, p. 460-468, 2005.

SANTOS JR, J.C.M. Complicações em operações colorretais. Análise dos resultados de 374 operados sem o preparo mecânico dos cólons. In: JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GRAFÉE E GUINLE, 23., 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, S.R.; PAULA, A.F.A.; LIMA, J.P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p. 80-87, Jan./Feb. 2003.

SALDANHA, A.L. Adaptando o ambiente em que vive o idoso. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. (Org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciências, 2004. p. 110-113.

SHAPIRO, A. *et al.* A comparason of three techniques for acute postoperative pain control following major abdominal surgery. **J. Clin. Anesth.**, Stoneham, v.15, p.345-350, 2003.

SILVEIRA, R.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA JR., M.L. Idosos que foram vítimas de acidentes de trânsito no município de Ribeirão Preto – SP, em 1998. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.10, n.6, p.765-771, nov./dez., 2002.

SITTA, M.C.; LAPA, M.S.; MACHADO, A.N. Avaliação pré-operatória. In: JACOB FILHO, W.; AMARAL, J.R.G. **Avaliação global do idoso – Manual da liga do GAMIA**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 193-213.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1998.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH); Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). V Diretrizes Brasileiras para hipertensão arterial sistêmica. São Paulo, 13 de fevereiro de 2006.– SBC. IV Brazilian Guidelines in Arterial Hypertension **Arq Bras Cardiol**, n. 7, v. 22, supl 82. p. 1-13.

SOUZA FILHO, Z.A. **Avaliação do risco cirúrgico em octogenários**. Tese (Professor Titular) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2000.

SOUZA, J.A.G.; IGLESIAS, A.R.G. Trauma no idoso. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.48, n.1, p. 79-86, 2002.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. Florida: Holt, Rivelant and Winston, 1980.

SPERANZINI, M.B.; DEUTSCH, C.R. Cirurgia. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: Fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: 2005. p. 653-660.

THORWALD, J. **O século dos cirurgões**. Curitiba: Hemus, 2002.

TIMBY, B.K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TOBIAS, M.A.; LEMOS, N.F.D. A percepção do envelhecimento do cuidador idoso diante do cuidado. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 29, n.4. p.653 – 661, 2005.

SANTOS, V.L. **As avós idosas cuidadoras dos netos hospitalizados**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

VIDIGAL, M.J.M.; CASSIANO, J.G. Adaptação ambiental. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte, Coopmed, 2008.

WALSH T.H. Audit of outcome of major surgery in the elderly. **Br. J. Surg.**, Guildford, v.83, p. 92-97, 1996.

WILSON, J.L. **Manual de cirurgia**. 5.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976.

WILSON, L.A. Infecções no idoso. In: REICHEL, W. **Assistência ao idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.226-235.

WHO.WOLRD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - IDOSOS

I. I INFORMAÇÕES SOBRE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO

Data atual ____/____/____ Registro: _____ Data De Admissão: ____/____/____ Data De Nasc: ____/____/____
 Nome: _____ Idade: _____ anos Sexo: 1 Masculino () 2 Feminino ()
 Endereço: _____ Nr _____ Bairro _____ Cidade _____ Estado _____
 Raça: 1 branco () 2 negro () 3 outra () Profissão/Ocup: 1 aposentado/pensionista () 2 em atividade laboral ()

I.II HÁBITOS DE VIDA

Fatores de agravo ao estado de saúde:

Tabagismo: 1 sim () 0 não () Etilismo: 1 sim () 0 não () Uso de drogas: 1 sim () 0 não ()

I.III HISTÓRICO CLÍNICO

Proposta Cirúrgica: _____.

Doenças crônicas associadas :

hipertensão: 0 não () 1 sim () Diabetes mellitus: 0 não () 1 sim () DPOC: 0 não () 1 sim ()

Cardiopatias: 0 não () 1 sim () neoplasia: 0 não () 1 sim () outras: _____

Medicações Utilizadas no Período Pré-Operatório:

Antiplaquetários: 0 não () 1 sim () Antihipertensivos: 0 não () 1 sim () Insulinoterapia: 0 não () 1 sim ()

Analgésicos: 0 não () 1 sim () Antiinflamatórios: 0 não () 1 sim () Antimicrobianos: 0 não () 1 sim ()

Ansiolíticos: 0 não () 1 sim () Broncodilatadores: 0 não () 1 sim () Antihemético: 0 não () 1 sim ()

Outros: _____.

I.IV EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

Hematócrito: 0 não () 1 sim () Hemoglobina: 0 não () 1 sim () Leucócitos: 0 não () 1 sim ()

Glicemia jejum: 0 não () 1 sim () Plaquetas: 0 não () 1 sim () Creatinina: 0 não () 1 sim ()

Potássio: 0 não () 1 sim () Sódio: 0 não () 1 sim ()

I.V PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO E PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Operação Realizada: 0 não () 1 sim () Data da Cirurgia: ____/____/____ Caráter: 1 Eletiva () 2 Emergência ()

Tempo de Cirurgia: _____ horas Classificação conforme ASA: 1 I () 2 II () 3 III () 4 IV () 5 V ()

Anestesia: 1 Geral () 2 Peridural () 3 Raquidiana () 4 geral+peridural () 5 geral+raquidiana ()

PO Imediato : 1 Enfermaria () 2 Uti ()

I.VI PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO NA UNIDADE DE INTERNAMENTO

Medicações Utilizadas no Período Pós-Operatório:

Antihipertensivos: 0 não () 1 sim () Insulinoterapia: 0 não () 1 sim () Analgésicos: 0 não () 1 sim ()

Antiinflamatórios: 0 não () 1 sim () Antibióticos: 0 não () 1 sim () Ansiolíticos: 0 não () 1 sim ()

Broncodilatadores: 0 não () 1 sim () Antihemético: 0 não () 1 sim () Antiplaquetários: 0 não () 1 sim ()

Outros: _____.

II COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

II.I Ferida Operatória:

Deiscência: 0 não () 1 sim () Evisceração: 0 não () 1 sim () Hiperemia: 0 não () 1 sim ()

Infeção: 0 não () 1 sim () Sangramento: 0 não () 1 sim () Dor local: 0 não () 1 sim ()

Fístula: 0 não () 1 sim () Celulite: 0 não () 1 sim () Presença de secreção: 0 não () 1 sim ()

Outros: _____

II.II Cardiovasculares:

Estase venosa: 0 não () 1 sim () Edema MMII: 0 não () 1 sim () Edema MMSS: 0 não () 1 sim ()
Hemorragia: 0 não () 1 sim () Hipervolemia: 0 não () 1 sim () Hipovolemia: 0 não () 1 sim ()
Arritmia: 0 não () 1 sim () Taquicardia: 0 não () 1 sim () Bradicardia: 0 não () 1 sim ()
IAM: 0 não () 1 sim () ICC: 0 não () 1 sim () PCR: 0 não () 1 sim ()

Outros: _____

II.III Respiratórias:

Pneumonia: 0 não () 1 sim () SARA: 0 não () 1 sim () Dispnéia: 0 não () 1 sim ()
Tosse produtiva: 0 não () 1 sim () Outros: _____

II.IV Neuropsiquiátricas:

Delírios: 0 não () 1 sim () Depressão: 0 não () 1 sim () Ansiedade: 0 não () 1 sim ()
Agitação: 0 não () 1 sim () Confusão mental: 0 não () 1 sim () Dificuldade para dormir: 0 não () 1 sim ()
Apatia: 0 não () 1 sim () Cefaléia: 0 não () 1 sim () Tonturas: 0 não () 1 sim ()
Outros: _____

II.V Gastrointestinais:

Náuseas e vômitos: 0 não () 1 sim () Hematêmese: 0 não () 1 sim () Melena: 0 não () 1 sim ()
Diarréia: 0 não () 1 sim () Obstipação intest: 0 não () 1 sim () Gastrite: 0 não () 1 sim ()
Úlcera: 0 não () 1 sim () Prolapso retal: 0 não () 1 sim () Inapetência: 0 não () 1 sim ()
Peritonite: 0 não () 1 sim () Estase gástrica: 0 não () 1 sim () Distensão abdominal: 0 não () 1 sim ()
Anorexia: 0 não () 1 sim () Hematuria: 0 não () 1 sim () Pirose: 0 não () 1 sim ()
Globo vesical: 0 não () 1 sim () Outros: _____

II.VI Urológicas:

Anúria: 0 não () 1 sim () Oligúria: 0 não () 1 sim () Poliúria: 0 não () 1 sim ()
Infecções: 0 não () 1 sim () Dificuldade controle esfíncter: 0 não () 1 sim () Outros: _____

II.VII Tegumentares:

Fissuras: 0 não () 1 sim () Úlcera de pressão: 0 não () 1 sim () Outras: _____

II.VIII Alterações de Sinais Vitais:

Hipertensão: 0 não () 1 sim () Hipotensão: 0 não () 1 sim () Taquipnéia: 0 não () 1 sim ()
Bradipnéia: 0 não () 1 sim () Hipotermia: 0 não () 1 sim () Hipertermia: 0 não () 1 sim ()

II.IX Acesso Venoso Prejudicado:

Flebite: 0 não () 1 sim () Hematoma: 0 não () 1 sim () Fragilidade venosa: 0 não () 1 sim ()
Soroma: 0 não () 1 sim () Dificuldade de acesso venoso: 0 não () 1 sim ()
Necessidade de acesso venoso central: 0 não () 1 sim () Outras: _____

II.X Restrição da mobilidade

Lombalgias: 0 não () 1 sim () Queda: 0 não () 1 sim () Prostração: 0 não () 1 sim ()
Quedas: 0 não () 1 sim () Dificuldade de deambulação: 0 não () 1 sim ()
Fraqueza em MMII: 0 não () 1 sim () Hipotensão postural: 0 não () 1 sim ()

II.XI Hematológicas:

Anemia: 0 não () 1 sim () Plaquetopenia: 0 não () 1 sim () administração de hemoderivados: 0 não () 1 sim ()
Reação anafilática a hemoderivados: 0 não () 1 sim () outras: _____

II.XII Evolução da complicação cirúrgica no período pós-operatório

Número de dias de internação: _____ dias Reinternação por complicações: 0 não () 1 sim ()
Realizada nova cirurgia conseqüente da complicação: 0 não () 1 sim () Data da reoperação: ____/____/____
Encaminhamento para UTI: 0 não () 1 sim () Evolução do quadro clínico: 1 Alta () 2 Transferência () 3 Óbito ()

APÊNDICE B
ENTREVISTA – EQUIPE DE ENFERMAGEM

I. INFORMAÇÕES SOBRE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Data atual ____/____/____

Idade: _____ Sexo: () M () Profissão/Ocup: _____

Estado Civil () Casado () solteiro () viúvo () outro

Escolaridade: Fundamental Incomp () Fundamental Comp () médio incomp ()

médio comp () superior incomp () superior comp ()

Há quanto tempo trabalha na instituição? _____

Quanto tempo trabalha na clínica cirúrgica? _____

Há quanto tempo exerce a profissão _____

Já recebeu alguma formação para o cuidado específico ao idoso fornecido pela instituição?

_____.

-
1. Como a equipe de enfermagem identifica os idosos internados na unidade de clínica cirúrgica?
 2. Como é a relação da equipe de enfermagem com a presença dos acompanhantes dos idosos?
 3. Quando realizam o cuidado específico ao idoso?
 4. Como é realizada a organização da equipe para a prática dos cuidados aos idosos?
 5. Como diferenciam o cuidado realizado aos adultos do realizado aos idosos?
 6. Quais as dificuldades que encontram para realizar o cuidado aos idosos internados na clínica cirúrgica?
 7. Como realizam os cuidados de enfermagem aos idosos que apresentam complicações neuropsiquiátricas?
 8. Como realizam os cuidados de enfermagem aos idosos que apresentam complicações gastrintestinais?
 9. Como realizam os cuidados de enfermagem aos idosos que apresentam complicações da ferida operatória?
 10. Como realizam os cuidados de enfermagem com o acesso venoso dos pacientes idosos?
 11. Quais as dificuldades que envolvem os registros dos cuidados realizados?

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Em atendimento a RESOLUÇÃO No. 196/96 Ministério da Saúde

Você, funcionário do Hospital de Clínicas da UFPR, alocado na unidade de clínica de cirurgia geral, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado **“As complicações pós-operatórias do paciente idoso e as implicações ao cuidado de enfermagem gerontológico”**. O objetivo desta pesquisa é propor cuidados de enfermagem próprios ao idoso internado em unidade cirúrgica, quando apresentarem complicações operatórias no período mediato, para efeitos de minha Dissertação de Mestrado. Para tanto aplicarei esta pesquisa entre os profissionais de enfermagem, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lenardt.

Caso você participe da pesquisa, será necessário responder algumas perguntas relacionadas aos cuidados de enfermagem que realiza aos idosos internados na unidade de clínica cirúrgica durante o período de internamento. Os benefícios esperados são que conhecendo as complicações cirúrgicas dos idosos possa-se planejar os cuidados e prevenir as complicações. As suas respostas serão gravadas em fitas K-7 e depois de transcritas serão destruídas.

Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo. A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pela pesquisadora e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa (exames, medicamentos etc.) não são da sua responsabilidade. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

A pesquisadora Ângela Cristina S. Borghi, enfermeira, mestranda do programa de pós-graduação da UFPR, poderá ser contatada a qualquer momento nos telefones: (41) 3242-0719 e celular: (41) 9924-5147; e-mail: angelaborghi@uol.com.br, e é responsável por esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.

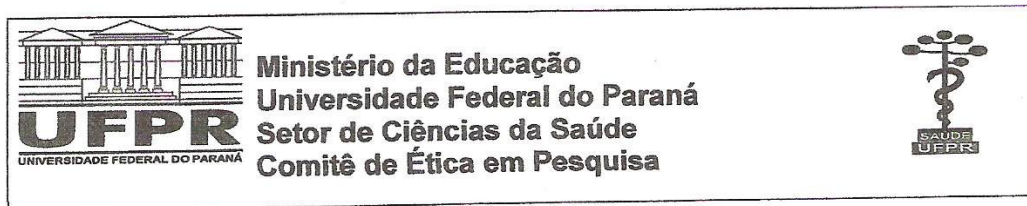
Atenciosamente,

Ângela Cristina da Silva Borghi
Pesquisadora Responsável
COREN: 97328

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Concordo com a gravação em fitas k-7 da entrevista. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão acarrete qualquer dano profissional ou custos financeiros.
Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, _____ de _____ de 2007.

ANEXO B



Curitiba, 23 de maio de 2007.

Ilmo (a) Sr. (a)
Angela Cristina da Silva Borghi
Nesta

Prezado(a) Senhor(a),

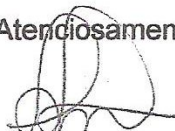
Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“Complicações do paciente idoso no período pós operatório e as implicações ao cuidado gerontológico de enfermagem”** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi analisado e aprovado com pendências pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 25 de abril de 2007. Pendências apresentadas, documentos analisados e projeto aprovado em 23 de maio de 2007.

Registro CEP/SD: 349.029.07.04
CAAE: 0016.0.091.000-07

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 23/11/2007.

Atenciosamente



Prof.ª Dr.ª Liliana Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde